



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Bedeutung von Selbstfürsorge für Menschen mit
hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von
Lernschwierigkeiten und psychischen
Beeinträchtigungen“

verfasst von / submitted by

Judith Theissler, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Arts (MA)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Master Bildungswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Assoz. Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Helga Fasching

Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich bei allen, die in der Zeit der Erstellung dieser Masterarbeit für mich da waren und mich immer wieder ermutigten.

Ich danke zunächst Assoz. Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Helga Fasching, die mich während des gesamten Prozesses der Entstehung dieser Masterarbeit begleitet hat, für die Unterstützung durch fachliche Anregungen und konstruktive Kritik.

Ein besonderer Dank gilt meinen Interviewpartner*innen, die sich für mein Forschungsprojekt Zeit genommen und ihre persönlichen Lebensgeschichten und Perspektiven mit mir geteilt haben.

Ich bedanke mich bei Daniel und Sophie für das Korrekturlesen dieser Arbeit, die hilfreichen Rückmeldungen und den Zuspruch.

Ein großer Dank gilt meinen Eltern und Großeltern, die mir mein Studium und somit auch diese Masterarbeit durch ihre emotionale und finanzielle Unterstützung ermöglicht haben.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe. Darüber hinaus wurde die vorliegende Masterarbeit von mir weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Wien, am

.....

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemaufriss.....	1
1.2	Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage	4
1.3	Relevanz des Themas.....	6
1.4	Aufbau der Arbeit	7
2	Theoretischer Teil.....	10
2.1	Eine Annäherung an die Zielgruppe	10
2.1.1	<i>Menschen mit Lernschwierigkeiten</i>	<i>11</i>
2.1.2	<i>Psychische Beeinträchtigungen.....</i>	<i>11</i>
2.1.3	<i>Psychische Beeinträchtigungen bei Menschen mit</i> <i>Lernschwierigkeiten</i>	<i>13</i>
2.2	Gesundheit und Wohlbefinden	13
2.2.1	<i>Gesundheitsverhalten.....</i>	<i>15</i>
2.2.2	<i>Gesundheitskompetenz</i>	<i>16</i>
2.2.3	<i>Gesundheitliche Ungleichheit</i>	<i>17</i>
2.2.4	<i>Prävention und Gesundheitsförderung</i>	<i>18</i>
2.2.5	<i>Salutogenese</i>	<i>19</i>
2.3	Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Lernschwierigkeiten und zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen	21
2.3.1	<i>Historischer Hintergrund</i>	<i>22</i>
2.3.2	<i>Aktuelle Situation</i>	<i>23</i>
2.3.3	<i>Gesundheitsförderung und Prävention</i>	<i>28</i>
2.3.4	<i>Partizipative Gesundheitsforschung</i>	<i>30</i>
2.4	Selbstfürsorge	32
2.4.1	<i>Destruktive Selbstfürsorge.....</i>	<i>34</i>
2.5	Empowerment	35
2.6	Zusammenfassung.....	35
3	Methodisches Vorgehen	38
3.1	Die Erhebungsmethode	39
3.1.1	<i>Life History Research</i>	<i>39</i>
3.1.2	<i>Das problemzentrierte Interview</i>	<i>41</i>
3.1.3	<i>Interviewführung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten</i>	<i>42</i>

3.2	Auswertungsmethode	43
3.2.1	<i>Grounded Theory</i>	44
3.3	Zugang zum Forschungsfeld.....	46
3.4	Forschungsethische Aspekte	47
4	Darstellung der Ergebnisse.....	49
4.1	Datenauswertung.....	50
4.2	Interviewperson 1 (I1)	53
4.2.1	<i>Lebensgeschichte</i>	53
4.2.2	<i>Über die Bedeutung von Selbstfürsorge</i>	55
4.2.3	<i>Rahmenbedingungen des Interviews</i>	56
4.3	Interviewperson 2 (I2)	57
4.3.1	<i>Lebensgeschichte</i>	57
4.3.2	<i>Über die Bedeutung von Selbstfürsorge</i>	60
4.3.3	<i>Rahmenbedingungen des Interviews</i>	63
4.4	Interviewperson 3 (I3)	64
4.4.1	<i>Lebensgeschichte</i>	64
4.4.2	<i>Über die Bedeutung von Selbstfürsorge</i>	66
4.4.3	<i>Rahmenbedingungen des Interviews</i>	69
4.5	Interviewperson 4 (I4)	70
4.5.1	<i>Lebensgeschichte</i>	70
4.5.2	<i>Über die Bedeutung von Selbstfürsorge</i>	73
4.5.3	<i>Rahmenbedingungen des Interviews</i>	75
5	Diskussion der Ergebnisse	76
5.1	Lebensgeschichten	76
5.1.1	<i>Schwierige Familienverhältnisse</i>	76
5.1.2	<i>Fremdunterbringung</i>	79
5.1.3	<i>Lernschwierigkeiten</i>	83
5.1.4	<i>Psychische Beeinträchtigungen</i>	85
5.1.5	<i>Arbeit</i>	88
5.1.6	<i>Verhältnis zu Eltern bzw. Pflegemutter</i>	89
5.2	Bedeutung von Selbstfürsorge	91
5.2.1	<i>Persönliche Selbstfürsorge</i>	92
5.2.2	<i>Gesundheit</i>	98

5.2.3	<i>Unterstützung</i>	106
6	Fazit	110
6.1	Zusammenfassung.....	110
6.2	Reflexion des Forschungsprozesses.....	114
6.3	Ausblick.....	118
7	Literaturverzeichnis	120
8	Anhang	128
8.1	Abstract	128
8.2	Interviewleitfaden	129

1 Einleitung

Diese Masterarbeit widmet sich der Bedeutung von Selbstfürsorge von Menschen, die aufgrund von Lernschwierigkeiten und zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen einen hohen Unterstützungsbedarf haben. In meinem beruflichen Alltag als Sozialpädagogin erlebe ich immer wieder, dass diese Personen kaum von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht werden. Die Thematik dieser Masterarbeit hat vor allem durch meine berufliche Tätigkeit in der damals noch so genannten „Behindertenpsychiatrie“ Interesse geweckt, da ich beobachtete, dass sich die Behandlung der Patient*innen auf die medikamentöse Versorgung konzentrierte und es darüber hinaus nur wenige pädagogische bzw. therapeutische Angebote gab. Besonders in Erinnerung geblieben ist mir eine junge Patientin, die große Eigeninitiative für die Förderung ihres psychischen Wohlbefindens zeigte und sich während ihres Aufenthalts mehrmals nach Maßnahmen wie Bewegungsangeboten und Workshops zu gesunder Ernährung erkundigte, es jedoch keinerlei adäquate Angebote für sie gab. Mein persönlicher Beweggrund für den beruflichen Wechsel in eine Wohngemeinschaft, die für diese Personen aufgrund des engmaschigen Betreuungssettings eine Alternative zu stationären Unterbringungen darstellt, war vor allem die Motivation, ergänzende bzw. alternative Möglichkeiten zur medikamentösen Behandlung aufzuzeigen und Menschen durch die längerfristige pädagogische Begleitung bei der Entwicklung von individuellen Strategien zur Förderung ihres Wohlbefindens zu unterstützen. Die persönlichen Erfahrungen durch meine berufliche Tätigkeit haben mein Interesse verstärkt, mich in dieser Masterarbeit intensiver mit dieser Thematik zu befassen.

1.1 Problemaufriss

In welchem gesundheitlichen Zustand eine Person ist, steht in engem Bezug zu der Art und Weise, wie sie am gesellschaftlichen Leben teilnimmt und sich engagiert (vgl. Burtscher 2015, S. 1). Gesundheit ist zwar keine Bedingung für Teilhabe und Partizipation, sie wirkt sich aber wesentlich auf die soziale Eingebundenheit aus, da sich Menschen tendenziell zurückziehen, wenn sie sich unwohl oder krank

fühlen (vgl. ebd.). Gesundheit und Wohlbefinden werden von individuellen Merkmalen, sozialen Umständen und der jeweiligen Umgebung beeinflusst (vgl. WHO 2019a, S. 1). Jedes Individuum ist also auch externen Faktoren ausgeliefert, auf die es nur beschränkt Einfluss nehmen kann. Da permanent ungesunde Lebensweisen vermarktet und Gesundheitssysteme immer unübersichtlicher werden, wird es für Menschen immer herausfordernder, Entscheidungen zugunsten einer gesunden Lebensweise zu treffen (vgl. WHO 2016, S. 1). Die Vermittlung von notwendigen Kompetenzen für Verständnis, Beurteilung und Nutzung von gesundheitsbezogenen Informationen gelingt durch das Bildungssystem nur selten, außerdem gibt es kaum Unterstützungsangebote (vgl. ebd.). Es ist daher von einer Zunahme an chronischen Erkrankungen auszugehen, da moderne Lebens- und Verhaltensweisen deren Entstehung begünstigen (vgl. WHO 2013, S. 72). Deshalb erscheint es umso wichtiger, dass Menschen die Fähigkeit erwerben, ihre Gesundheit, eigenverantwortlich und unabhängig von äußeren Bedingungen, vor negativen Einflüssen zu schützen (vgl. Gussone&Schiepek 2000, S. 129f). Eine entscheidende Rolle spielt dabei der individuelle Lebensstil (vgl. Glaeske et al. 2003, S. 25). Die Verhaltensweisen von Menschen können sich positiv oder negativ auf ihre Gesundheit und Lebensqualität auswirken (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 132). In dieser Masterarbeit wird daher davon ausgegangen, dass dem Konzept der Selbstfürsorge in diesem Zusammenhang eine wesentliche Bedeutung zukommt, da durch selbstfürsorgliches Verhalten ein Beitrag zur eigenen physischen und psychischen Gesundheit geleistet werden kann (vgl. Haubl 2012, S. 7). Durch die Verringerung negativer Gedanken und Gefühle, kann außerdem zur Förderung des eigenen Wohlbefindens beigetragen werden (vgl. Reddemann 2003, S. 82). Individuen können also sowohl mit als auch ohne Unterstützung durch das Gesundheitssystem, zum Erhalt und zur Förderung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens beitragen und Krankheiten sowie Beeinträchtigungen vorbeugen bzw. mit ihnen umzugehen (vgl. WHO 2019b, S. 8). Die Entwicklung der Fähigkeit „mehr oder weniger effektiv für die eigene physische und psychische Gesundheit zu sorgen“ (Haubl 2012, S. 7) sowie unterschiedlicher Selbstfürsorgestrategien, wird in einem großen Ausmaß von den eigenen frühen Fürsorgeerfahrungen mit bedeutsamen Bezugspersonen geprägt (vgl. ebd.). Der jeweilige soziale Kontext, in dem ein Mensch aufwächst, beeinflusst die Entwicklung seines

Gesundheitsverhaltens sowie den Erwerb von Gesundheitskompetenz (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 139ff), also das Wissen um positive und negative Einflüsse auf die Gesundheit sowie den gesundheitsfördernden Umgang mit dem eigenen Körper (vgl. ebd., S. 140f). Damit Menschen durch ihr Verhalten einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen können, ist also der Erwerb einer guten Gesundheitskompetenz notwendig (vgl. ebd., S. 140f). Diese bildet demnach also auch die Basis für die Förderung der eigenen Gesundheit durch Selbstfürsorge. Hier setzt das Konzept der Gesundheitsförderung an, da sowohl Lebensverhältnisse als auch individuelles Verhalten verändert werden können (vgl. Glaeske et al. 2003, S. 25). Der Erwerb von Gesundheitskompetenz kann Menschen in die Lage versetzen, einen förderlicheren Umgang mit ihrer Gesundheit zu entwickeln und deren Rahmenbedingungen zu verbessern (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 132). Durch die Stärkung ihrer individuellen Ressourcen können Menschen also befähigt werden, zur Förderung ihres Wohlbefindens beizutragen (vgl. Glaeske et al. 2003, S. 10). Das in dieser Arbeit vertretene Konzept von Selbstfürsorge beinhaltet die Perspektive des Empowerments, die auf dem Glauben an die eigene Bewältigungsfähigkeit des Menschen beruht (vgl. Wendt 2017, S. 39).

Geringes Sozialkapital sowie ein niedriger sozioökonomischer Status führen zu gesundheitlicher Ungleichheit, da davon betroffene Menschen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko sowie eine erhöhte Sterblichkeit aufweisen (vgl. Burtscher 2015, S. 2). Aufgrund von sozialen und kulturellen Barrieren werden Menschen mit Lernschwierigkeiten und zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen im Hinblick auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benachteiligt (vgl. Priestley 2003, S. 3). Dies spiegelt sich auch im Mangel an adäquaten Konzepten zur Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum wider sowie darin, dass diese Menschen häufig eine unzureichende Gesundheitskompetenz aufweisen (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018, o.S.). Eine geringe Gesundheitskompetenz führt zu einem erhöhten Krankheitsrisiko, Orientierungsproblemen im Gesundheitssystem und geringem Verständnis gesundheitsbezogener Informationen (vgl. Bössing et al. 2019, S. 62). In Bezug auf die gesundheitliche Lage der Zielgruppe dieser Arbeit, weisen weltweit mehrere Studien darauf hin, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung von einem erhöhten Gesundheitsrisiko betroffen sind (vgl.

ebd., S. 55ff), erhöhte Vulnerabilitäten aufweisen (vgl. Rathmann 2021, S. 1). Gesundheitliche Beeinträchtigungen steigen bei dieser Personengruppe mit zunehmendem Alter außerdem deutlich an (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 438). Besonders häufig sind Menschen mit Lernschwierigkeiten von Adipositas betroffen (vgl. Metzler et al. 2013, S. 36), als deren Ursachen, neben Medikamenteneinnahme und Bewegungsmangel, auch ungünstige Ernährungsgewohnheiten diskutiert werden (vgl. Allweiss et al. 2015, S. 21). Die Förderung von Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz ist bei dieser Zielgruppe daher besonders wichtig (vgl. Rathmann 2021, S. 1). Durch Gesundheitsförderung kann gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden (vgl. WHO 1997, S. 9). Dazu zählen, neben der Entwicklung der persönlichen Gesundheitskompetenz, Maßnahmen wie die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und unterstützenden Umwelt sowie die Stärkung gemeinschaftlicher gesundheitsbezogener Aktionen (vgl. ebd.).

1.2 Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage

Das Ziel dieser Arbeit ist es, neue Erkenntnisse über die Bedeutung von Selbstfürsorge für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere im Hinblick auf die Förderung des eigenen psychischen Wohlbefindens, zu gewinnen. Die konkrete Forschungsfrage, die dieser Masterarbeit zugrunde liegt, lautet:

Welche Bedeutung hat Selbstfürsorge für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen?

Zunächst wird, anhand einer Darstellung des aktuellen Forschungsstandes sowie der Klärung relevanter Begriffe, der theoretische Rahmen für diese Untersuchung gespannt. Dadurch sollen die erarbeiteten theoretischen Grundlagen über die gesundheitliche Lage und Gesundheitsförderung bei dieser Zielgruppe um Erkenntnisse zu den subjektiven Sichtweisen ergänzt werden. Um Antworten auf die Fragestellung zu finden, wird eine empirische Studie durchgeführt, im Rahmen derer vier Interviews mit betroffenen Personen geführt werden, die in Anlehnung

an die konstruktivistische Grounded Theory nach Kathy Charmaz ausgewertet werden. Der gesamte Forschungsprozess orientiert sich am Vorgehen des Life History Resarch. Zentral ist dabei, dass die Teilnehmer*innen selbst nach ihren Sichtweisen gefragt werden, anstatt Behauptungen über sie anzustellen (vgl. Atkinson 1997, S. 1). Bei den Befragungen stehen also die persönlichen Erfahrungen und Sichtweisen der Teilnehmer*innen im Mittelpunkt (vgl. Atkinson&Walmsley 1999, S. 209).

Diese Masterarbeit gibt einerseits einen Einblick in die Lebensgeschichten von vier jungen Menschen, die aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen einen hohen Unterstützungsbedarf haben. Der Fokus liegt dabei darauf, zu ergründen, wie die Interviewpersonen selbst ihre Lebenserfahrungen wahrnehmen und ihnen die Möglichkeit zu geben, selbst zu schildern, welche Erlebnisse für sie besonders wichtig sind. Durch problemzentrierte Interviews soll anschließend erhoben werden, welche Bedeutung Selbstfürsorge im Leben dieser Menschen hat. Dadurch soll ermittelt werden, welche Rolle der eigene Beitrag zur Steigerung des physischen und psychischen Wohlbefindens für sie spielt. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Auseinandersetzung mit dem Stellenwert von Gesundheit sowie mit den Sichtweisen und Bedürfnissen der Interviewpersonen, im Hinblick auf ihre Gesundheit und deren Förderung.

Die Ergebnisdarstellung der Interviews erfolgt in Leichter Sprache, um den Interviewpersonen den Zugang zu den Forschungsergebnissen zu ermöglichen und bei der Datenvalidierung mit den befragten Personen Verständnisprobleme und Missverständnisse vorzubeugen. Um die erhobenen Sichtweisen möglichst authentisch wiederzugeben, wurde bei der Ergebnisdarstellung außerdem auf die Nähe zur Sprache der Interviewpersonen geachtet.

Das entwickelte Forschungsdesign zielt darauf ab, die Interviewpersonen, durch das gemeinsame Erforschen ihrer Lebensgeschichten und der Bedeutung von Selbstfürsorge in ihrem Leben, zu einem bewussteren Umgang damit anzuregen und dadurch Empowerment zu fördern. Menschen können dabei unterstützt werden, ihr Leben eigenverantwortlich zu bewältigen und ihren Bedürfnissen entsprechend zu gestalten, wenn sie in die Lage versetzt werden, ihre Fähigkeiten

zu erkennen und Vertrauen in ihre Ressourcen zu entwickeln (vgl. Theunissen 2007, S. 27). Durch die Interviews sollen Gelegenheiten geschaffen werden, in denen die Entwicklung von Bewusstsein für die eigenen Ressourcen und Fähigkeiten ermöglicht wird (vgl. Wendt 2017, S. 39f). Empowerment soll gefördert werden, indem die Teilnehmer*innen die Möglichkeit erhalten, sich im Rahmen des Interviews mit ihrer Lebensgeschichte zu beschäftigen und ihre eigene Sicht darauf darzustellen sowie indem durch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstfürsorgeverhalten ein bewussterer Umgang mit der eigenen Gesundheit angeregt wird. Dadurch soll ein kleiner Beitrag zur Gesundheitsförderung sowie Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden.

1.3 Relevanz des Themas

Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen wurden lange aus einer defizitorientierten Perspektive betrachtet und haben häufig erlebt, dass ihnen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, aufgrund von Infantilisierung und mangelndem Zutrauen abgesprochen wurden (vgl. Theunissen 2007, S. 11ff). In der UN-Behindertenrechtskonvention ist festgelegt, dass Maßnahmen ergriffen werden sollen, um „das Bewusstsein für Menschen mit Behinderung zu schärfen“ (BMSGPK 2016, S. 11), „Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern“ (ebd.) und „Klischees, Vorurteile und schädliche Strategien in allen Lebensbereichen“ (ebd.) zu bekämpfen (vgl. ebd). Soziale Ungleichheiten führen häufig zu gesundheitlichen Nachteilen (vgl. Burtscher 2019, S. 90), wie einem erhöhtem Erkrankungsrisiko (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. 2020, o.S.), niedrigem Gesundheitsbewusstsein und -verhalten, geringeren Bewältigungsressourcen (vgl. Burtscher 2019, S. 90) und Barrieren beim Zugang zu verständlichen Gesundheitsinformationen (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018, o.S.). Dadurch wird einerseits das in der UN-Behindertenrechtskonvention verankerte Recht auf „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ (BMSGPK 2016, S. 21) gefährdet. Die gesundheitlichen Nachteile wirken sich außerdem negativ auf die gesellschaftliche

Teilhabe dieser Menschen aus, da gesundheitliche Beschwerden häufig dazu führen, dass sich Menschen zurückziehen (vgl. Burtscher 2015, S. 1). Zudem führt der schlechtere Gesundheitszustand zu einem erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung und damit zu einem erhöhten personellen und finanziellen Aufwand des Gesundheitssystems (vgl. WHO 2016, S. 1).

Datenanalysen zufolge sind etwa 1-2% der Gesamtbevölkerung von Lernschwierigkeiten betroffen (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 432). Rund 0,8% der österreichischen Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren haben ‚dauerhafte unterschiedliche geistige Probleme oder Lernprobleme‘, während etwa 3,7% von ‚nervlichen oder psychischen Problemen‘ betroffen sind (vgl. BMASK 2016, S. 22). Die Daten zeigen, dass das Thema dieser Arbeit also eine große Personengruppe betrifft. In dieser Masterarbeit wird davon ausgegangen, dass Menschen durch Selbstfürsorge einen wesentlichen Beitrag zu ihrer eigenen Gesundheit leisten (vgl. Haubl 2012, S. 7) und das eigene Wohlbefinden fördern können (vgl. Reddemann 2003, S. 82). Damit Menschen selbstbestimmt über ihre Gesundheit bestimmen können, benötigen sie verständliche Informationen darüber (vgl. WiG, o.D., o.S.). Menschen mit Lernschwierigkeiten sollen daher durch Gesundheitsförderung in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen (vgl. Gussone&Schiepek 2000, S. 129f).

1.4 Aufbau der Arbeit

Im theoretischen Teil dieser Arbeit geht es zunächst darum, einen Überblick über zentrale Begriffe und relevante Theorien zu geben. Nach einer Klärung der in dieser Arbeit verwendeten Bezeichnung ‚Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen‘, erfolgt eine Auseinandersetzung mit ‚Gesundheit und Wohlbefinden‘ sowie damit in Zusammenhang stehenden Theorien zu ‚Gesundheitsverhalten‘, ‚Gesundheitskompetenz‘, ‚Gesundheitliche Ungleichheit‘ und ‚Prävention und Gesundheitsförderung‘. Anschließend wird die gesundheitliche Lage von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen dargestellt.

Dabei erfolgt zunächst eine Betrachtung des historischen Hintergrunds sowie der aktuellen Situation, wonach auf Gesundheitsförderung und Prävention bei diesen Menschen sowie partizipative Gesundheitsforschung eingegangen wird. Abschließend werden theoretische Überlegungen zu Selbstfürsorge sowie Empowerment angestellt.

Im darauffolgenden empirischen Teil dieser Arbeit geht es um die Frage, welche Bedeutung Selbstfürsorge für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen hat. Dazu wurden Interviews mit vier betroffenen Personen geführt. Das Ziel ist, Einblicke in ihre Erfahrungen und Sichtweisen zu geben, indem die Lebensgeschichte und subjektiven Bedeutungskonstruktionen von Selbstfürsorge dargestellt werden. Im dritten Kapitel wird zunächst erläutert, wie bei dem Forschungsprojekt vorgegangen wurde. Anschließend werden die einzelnen angewendeten Forschungsmethoden, also Life History Research, das Problemzentrierte Interview sowie die Grounded Theory nach Kathy Charmaz vorgestellt. In diesem Zusammenhang wird auch auf spezielle Aspekte bei der Interviewführung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten eingegangen. Nach einer Darlegung des Zugangs zum Forschungsfeld wird anschließend noch auf die, für dieses Forschungsprojekt relevanten, forschungsethischen Aspekte eingegangen.

Im vierten Kapitel wird zunächst das im Zuge der Datenauswertung entwickelte Kategoriensystem dargestellt. Danach werden die Ergebnisse der Interviews in ‚Leichter Sprache‘ präsentiert, wobei diese jeweils in zwei Teile gegliedert werden, nämlich in ‚Lebensgeschichten‘ und ‚Bedeutung von Selbstfürsorge‘.

Anschließend erfolgt im fünften Kapitel die Diskussion der Ergebnisse, wobei diese mit Blick auf die Forschungsfrage zueinander in Beziehung gesetzt und mit dem aktuellen Forschungsstand in Verbindung gebracht werden.

Im darauffolgenden letzten Kapitel, dem Fazit, werden die im Hinblick auf die Forschungsfrage zentralen Erkenntnisse aus dem theoretischen und empirischen Teil noch einmal zusammengefasst. Nach der anschließenden Reflexion des Forschungsprozesses wird im Ausblick auf offene bzw. weiterführende Fragen sowie zukünftige Forschung eingegangen.

2 Theoretischer Teil

In diesem Kapitel werden die für diese Arbeit zentralen Begriffe definiert sowie relevante Theorien dargestellt. Zunächst erfolgt eine theoretische Annäherung an die Zielgruppe dieser Arbeit. Anschließend werden ‚Gesundheit und Wohlbefinden‘ sowie Theorien, die im Hinblick darauf relevant sind, in den Blick genommen. Danach wird die gesundheitliche Lage von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen behandelt, wobei auch auf Konzepte zur Prävention und Förderung von Gesundheit eingegangen wird. Da die im Rahmen dieser Masterarbeit befragten Personen in Wien leben und auch dort aufgewachsen sind, wird dabei vor allem die Situation im deutschsprachigen Raum in den Blick genommen, während der internationale Forschungsstand nur kurz behandelt wird. Nach theoretischen Überlegungen zum Konzept der ‚Selbstfürsorge‘, wird abschließend noch auf ‚Empowerment‘ eingegangen.

2.1 Eine Annäherung an die Zielgruppe

Dieser Annäherung an Lernschwierigkeiten und psychische Beeinträchtigungen liegt das ‚Soziale Modell von Behinderung‘ der ‚Disability Studies‘ zugrunde, demzufolge Menschen durch die Begegnung mit Barrieren, die durch soziale Strukturen und kulturelle Prozesse entstehen, von der Teilhabe an der Gesellschaft ausgeschlossen und dadurch sozial benachteiligt werden (vgl. Priestley 2003, S. 3). Statt den im deutschen Sprachraum weit verbreiteten Bezeichnungen Menschen mit „Intelligenzminderung“ oder „geistiger Behinderung“, wird in dieser Arbeit, dem Anliegen der Bewegung People First entsprechend, von ‚Menschen mit Lernschwierigkeiten‘ gesprochen. Andere Bezeichnungen werden abgelehnt, da sie von vielen Betroffenen als stigmatisierend und diskriminierend empfunden werden (vgl. Ströbl 2006, S. 43). Da viele Betroffenenverbände Begriffe wie „Psychische Krankheit“ oder „Psychische Störung“ aufgrund des medizinischen Fokuses ablehnen (vgl. WHO 2006, S. 21), wird in dieser Arbeit die Bezeichnung ‚Psychische Beeinträchtigungen‘ verwendet. Die in dieser Arbeit gewählte Bezeichnung

„Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen“ bezieht sich auf Personen, „deren kognitive Leistungsfähigkeit in Kombination mit unzureichendem Anpassungsverhalten zu lebenslangem Unterstützungsbedarf führt“ (Biewer et al. 2009, S. 392).

2.1.1 Menschen mit Lernschwierigkeiten

Im Gegensatz zu defizitorientierten Sichtweisen auf Lernschwierigkeiten, wird in dieser Arbeit eine Perspektive im Sinne des Empowerments eingenommen, die an den Ressourcen und Fähigkeiten dieser Menschen ansetzt (vgl. Heimlich 2016, S. 14). Die Einführung der Bezeichnung Menschen mit Lernschwierigkeiten wird weltweit durch die Selbstvertretungsgruppen People First selbst vorangetrieben, da dieser, im Gegensatz zu anderen Bezeichnungen, nicht die Fähigkeit und das Interesse zum Lernen infrage stellt oder abspricht, sondern darauf hinweist, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten manchmal langsamer lernen oder dabei besondere Unterstützung benötigen (vgl. Ströbl 2006, S. 42f). Jeder Mensch kann in jeder Lebenssituation mit Lernschwierigkeiten konfrontiert werden, wobei diese oftmals selbständig gelöst und überwunden werden können (vgl. Heimlich 2016, S. 13). Bei größeren Lernschwierigkeiten kann ein Bedarf an Unterstützung, Förderung oder Begleitung entstehen, die Unterscheidung zwischen Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten wird also anhand des Grades ihrer Lernschwierigkeiten getroffen (vgl. ebd.). Schwerwiegendere Lernschwierigkeiten werden dabei nicht als persönliche Defizite, sondern als erschwerte Lernsituationen gesehen, die mit vielfältigen Umweltbedingungen und einer erschwerten Lebenssituation in Verbindung stehen und aus denen sich ein Bedarf an Förderung ergibt (vgl. ebd., S. 13f).

2.1.2 Psychische Beeinträchtigungen

Unter psychischen Beeinträchtigungen werden häufig Verhaltensweisen verstanden, die Interaktionen zwischen Personen und ihrer Umwelt beeinträchtigen, da sie nicht der sozialen Norm entsprechen bzw. nicht an die Umgebung oder Situation angepasst sind, wie beispielsweise verbale oder körperliche Aggressionen gegenüber anderen Personen, Destruktivität oder Selbstverletzung (vgl. Došen 2018, S. 13). Menschen, die psychische

Beeinträchtigungen aufweisen, haben in ihrer Kindheit sowie im weiteren Leben häufig traumatische Erfahrungen gemacht (vgl. Rauchfleisch 2011, S. 119). Als existenzielle Bedrohung erlebte Verlust- und Mangelerfahrungen, wie beispielsweise Beziehungsabbrüche, die aus sozialer Instabilität oder Spannungen in der Herkunftsfamilie resultieren, können tiefe Spuren in der Persönlichkeit hinterlassen (vgl. ebd.). Auch Gewalterfahrungen, Missbrauch oder Vernachlässigung, also das Vorenthalten von Zuwendung, Schutz und Förderung durch Bezugspersonen, kann Entwicklungsprozesse in der Kindheit nachhaltig beeinflussen und sich negativ auf die Bindungsentwicklung des Kindes auswirken (vgl. Kaika 2013, S. 7). Wenn einschneidende Erlebnisse, die in Verbindung mit Gefühlen von Hilflosigkeit und der Erschütterung des Selbst- bzw. Weltbildes stehen, nicht verarbeitet werden, können sie zur Entwicklung eines Traumas und psychischen Beeinträchtigungen beitragen (vgl. ebd., S. 7ff). Fischer und Riedesser verstehen unter einem traumatischen Erlebnis „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer&Riedesser 1998, S. 79). Auch das Scheitern von frühen Abstimmungsprozessen zwischen einem Kind und seinen primären Bezugspersonen kann dazu führen, dass die Bildung von psychischen Strukturen beeinträchtigt wird (vgl. Pforr 2009, S. 1f). So können auch Lernschwierigkeiten oder psychische Beeinträchtigungen der Eltern dazu führen, dass diese nicht in angemessener Weise auf ihr Kind eingehen können (vgl. ebd., S. 2). Ungünstige Entwicklungsbedingungen und Sozialisationserfahrungen können sich negativ auf die Entwicklung von sozialen Kompetenzen, die für das Bestehen in der Gesellschaft benötigt werden, auswirken und die Wahrnehmung und Steuerung von Gefühlen beeinträchtigen (vgl. Rauchfleisch 2011, S. 121ff). Soziale Barrieren auf dem Bildungsweg können in weiterer Folge außerdem dazu führen, dass Menschen keine Kompensationsmöglichkeiten für diese, durch frühe Sozialisationserfahrungen bedingten, Beeinträchtigungen der sozialen Kompetenzen haben (vgl. ebd., S. 123).

2.1.3 Psychische Beeinträchtigungen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten

Entgegen der Vorstellung, dass sozial unangepasste Verhaltensweisen eine Folge von Lernschwierigkeiten seien (vgl. Henniscke 2011, S. 7), werden diese in der vorliegenden Arbeit als Bewältigungs- und Anpassungsbemühungen an unpassende Umweltbedingungen verstanden (vgl. ebd., S. 13). Psychologische Risikofaktoren und traumatische Bedingungen können das Leben von Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten beeinträchtigen und die Entwicklung von unangepasstem Verhalten und psychischen Beeinträchtigungen begünstigen (vgl. ebd., S. 15). Sozial unangepasstes Verhalten wird als Resultat komplexer Lernprozesse gesehen, in denen sich die Reaktionen von Person und Umgebung wechselseitig verstärken, wobei diese häufig in ungünstigen Milieus stattfinden (vgl. Došen 2018, S. 14). In Betreuungseinrichtungen sind Menschen mit Traumaerfahrungen häufiger als in der Allgemeinbevölkerung anzutreffen, da Menschen mit Lernschwierigkeiten tendenziell über weniger Schutzfaktoren verfügen und oft bereits in ihrer frühen Kindheit zahlreichen Risikofaktoren und traumatischen Bedingungen ausgesetzt sind (vgl. Pforr 2009, S. 3f). Menschen mit Lernschwierigkeiten wachsen häufiger unter ungünstigen Lebensbedingungen und außerordentlichen psychosozialen Belastungen auf und bilden daher oft nur wenige Bewältigungsstrategien aus (vgl. Schanze 2007, S. 29).

Lernschwierigkeiten können außerdem zu einer langsameren Verarbeitung von Lebenserfahrungen führen, was wiederum bewirken kann, dass für die Bewältigung von Belastungen und Anforderungen mehr Zeit benötigt wird (vgl. Henniscke 2011, S. 9f). Dies führt dazu, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Beeinträchtigungen aufweisen (vgl. Schanze 2007, S. 29).

2.2 Gesundheit und Wohlbefinden

Gesundheit wurde von der WHO definiert als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946, S. 1). In der Jakarta-Erklärung nannte sie hierfür folgende Determinanten als Grundvoraussetzungen: „Frieden,

Unterkunft, Bildung, soziale Sicherheit, soziale Beziehungen, Nahrung, Einkommen, Handlungskompetenzen (empowerment) von Frauen, ein stabiles Ökosystem, nachhaltige Nutzung von Ressourcen, soziale Gerechtigkeit, die Achtung der Menschenrechte und die Chancengleichheit“ (WHO 1997, S. 9). Psychische Gesundheit ist demnach ein „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen und die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (WHO 2019a, S. 1).

Die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Menschen werden von individuellen Merkmalen, sozialen Umständen sowie der Umgebung beeinflusst (vgl. WHO 2019a, S. 1). Neben sozioökonomischen und umweltbezogenen Faktoren wie Bildung, Einkommen, soziale Netzwerke, körperliche Voraussetzungen und Alter, trägt die individuelle Lebensführung maßgeblich zur Erhaltung von Gesundheit und Entstehung von Krankheiten bei (vgl. Glaeske et al. 2003, S. 25). Während epidemische Infektionskrankheiten ab dem 19. Jahrhundert zurückgingen, kam es zu einer Zunahme der so genannten Zivilisationskrankheiten, die auf die verbesserten materiellen Lebensverhältnisse und veränderten Lebensweisen der Bevölkerung in den modernen Industriegesellschaften zurückgeführt werden (vgl. Faltermaier 2017, S. 15). Bei einem Großteil der gesundheitlichen Probleme handelt es sich um chronische und degenerative Erkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, chronische Bronchitis, Magen-Darm-Erkrankungen, Diabetes oder Süchten (vgl. Faltermaier 2017, S. 16). Diese können nur selten durch kurative Medizin geheilt werden und führen im Laufe der Zeit zu einer zunehmenden Verschlechterung (vgl. ebd.).

Während Gesundheit bis vor wenigen Jahrzehnten weitgehend als Angelegenheit von Ärzt*innen gesehen wurde, ist in der Bevölkerung das Bewusstsein dafür, selbst einen Beitrag zur eigenen Gesundheit leisten zu können, deutlich gestiegen (vgl. Faltermaier 2017, S. 13f). Die Frage nach der Verantwortlichkeit für die Gesundheit wird kontrovers diskutiert (vgl. ebd.). Während einige die Verantwortung bei den einzelnen Menschen sehen, liegt diese anderen zufolge bei ärztlichem Personal, Gesellschaft und Politik (vgl. ebd.). Menschen können ihre Gesundheit jedoch durch ihr Verhalten und ihren Lebensstil zumindest teilweise selbst beeinflussen und schützen (vgl. ebd., S. 16).

2.2.1 Gesundheitsverhalten

Unter Gesundheitsverhalten werden Verhaltensweisen verstanden, die sich positiv oder negativ auf die Gesundheit eines Menschen auswirken (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 132). Körperliche Bewegung, Ernährungsgewohnheiten, Alkohol- und Tabakkonsum sowie Schlafverhalten sind Beispiele für Verhaltensweisen, die die Gesundheit fördern oder schädigen können (vgl. ebd.). Modernen Lebens- und Verhaltensweisen begünstigen chronische Erkrankungen wie Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes und psychische Beeinträchtigungen und führen dazu, dass immer mehr Menschen davon betroffen sein werden (vgl. WHO 2013, S. 72). Durch positives Gesundheitsverhalten können Menschen einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, bösartigen Tumoren oder Rückenschmerzen nehmen (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 133). Unter positivem Gesundheitsverhalten werden Aktivitäten verstanden, die die Gesundheit schützen bzw. fördern und zur Prävention von Krankheiten beitragen, wie beispielsweise regelmäßige körperliche Bewegung oder eine ausgewogene Ernährung (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 132f). Gesundheitliches Risikoverhalten, wie beispielsweise Rauchen oder übermäßiger Alkoholkonsum, gefährdet hingegen die Gesundheit (vgl. ebd.).

Welche gesundheitsfördernden Verhaltensweisen einem Menschen zur Verfügung stehen, ist dabei abhängig davon, in welchem sozialen Kontext sich ein Mensch befindet (vgl. ebd., S. 139). Menschen wählen zwar selbst Muster für ihre Lebensführung, die tatsächlichen Wahlmöglichkeiten sind jedoch abhängig von den jeweiligen verfügbaren Ressourcen sowie den Normen und Werten, die ihren sozialen Kontext strukturieren (vgl. ebd.). Neben sozialen Ressourcen sind für die Bewältigung des Lebens auch persönliche Ressourcen wie subjektive Selbstwirksamkeitserwartungen erforderlich (vgl. Schwarzer 2004, S. 2f). Darunter wird die Überzeugung verstanden, Anforderungen aufgrund der eigenen Fähigkeiten bewältigen zu können (vgl. ebd., S. 3). Diese Ressourcen sind für die Entwicklung des Gesundheitsverhaltens bedeutsam, weil diese Selbstregulation und Unterstützung erfordern kann (vgl. ebd.). Da Menschen ihre Lebensqualität durch ihr Verhalten beeinflussen können (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 132), ist die Fähigkeit, eigenverantwortlich und unabhängig von äußeren Bedingungen die

Gesundheit zu erhalten bzw. fördern und sich selbst vor negativen Einflüssen zu schützen, von zentraler Bedeutung (vgl. Gussone&Schiepek 2000, S. 129f).

2.2.2 Gesundheitskompetenz

Unter Gesundheitskompetenz wird der Grad verstanden, „zu dem Individuen durch das Bildungs-, Sozial und/oder Gesundheitssystem in die Lage versetzt werden, die für angemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen relevanten Gesundheitsinformationen zu finden, zu verarbeiten und zu verstehen“ (DNGK, 2019, o.S.). Damit Menschen gesundheitsförderndere Verhaltensweisen entwickeln können, ist der Erwerb von Gesundheitskompetenz notwendig (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 140). Gesundheitskompetenz umfasst einerseits das Wissen über positive und negative Einflüsse auf die Gesundheit sowie die Fähigkeit, gesundheitsfördernd mit dem menschlichen Körper umzugehen (vgl. ebd., S. 140f). Darin inbegriffen ist unter anderem auch die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu sammeln, diese zu verstehen und anzuwenden (vgl. ebd., S. 141). Studien weisen darauf hin, dass zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitsbewusstsein der Allgemeinbevölkerung ein Zusammenhang besteht (vgl. Bössing et al. 2019, S. 62). Unter Gesundheitsbewusstsein wird der Grad an Integration von gesundheitlichen Belangen in die täglichen Aktivitäten einer Person, die Gesundheitsmotivation sowie gesundheitliche Eigenverantwortung verstanden (vgl. Rathmann 2021, S. 1). Einschränkungen der Gesundheitskompetenz gehen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko, Orientierungsproblemen im Gesundheitssystem und geringem Verständnis gesundheitsbezogener Informationen einher (vgl. Bössing et al. 2019, S. 62). Eine niedrige Gesundheitskompetenz führt dazu, dass Menschen zu gesundheitsgefährdenderem Verhalten neigen, einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und weniger Selbsthilfe zeigen (vgl. WHO 2016, S. 1). Eine ausreichende Gesundheitskompetenz bildet also die Voraussetzung für den Erhalt und die Förderung der eigenen Gesundheit (vgl. Rathmann 2021, S. 1) und kann es Menschen ermöglichen, mehr Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 141). Die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und dessen Präventionsangebote zu nutzen, kann also dazu

beitragen, dass Menschen Kontrolle über gesundheitsbeeinflussende Faktoren erlangen (vgl. ebd., S. 141).

2.2.3 Gesundheitliche Ungleichheit

Unter gesundheitlicher Ungleichheit werden Unterschiede der gesundheitlichen Lage einzelner Bevölkerungsgruppen verstanden, die von sozialen, demografischen, umweltbezogenen und geografischen Faktoren determiniert werden (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 432). Gesundheitliche Ungleichheiten stehen in Verbindung mit Diskriminierung und sozioökonomischen bzw. umgebungsbedingten Benachteiligungen und sind damit sowohl vermeidbar als auch veränderbar (vgl. ebd., S. 432). Über gesundheitliche Ungleichheiten gibt es auch im internationalen Raum einen breiten Diskurs, wobei in den vereinigten Staaten überwiegend der Begriff ‚health disparity‘ verwendet wird, während im europäischen Raum die Bezeichnung ‚health inequity‘ gebräuchlicher ist (vgl. ebd., S. 432). Menschen können von Benachteiligungen bei der medizinischen Versorgung, Gesundheitsförderung und unterschiedlichen sozialen Determinanten, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen, betroffen sein (vgl. ebd., S. 432). Gesundheitliche Ungleichheiten werden als Resultat vergangener und gegenwärtiger Erfahrungen betrachtet (vgl. ebd., S. 441). Sie spiegeln Ungerechtigkeiten wider, die unabhängig von genetischen Voraussetzungen und persönlichen Entscheidungen sind (vgl. ebd.). Die Umgebungsfaktoren eines jeden Menschen wirken sich auf dessen Gesundheit aus und bestimmen dessen Teilhabemöglichkeit an der Gesellschaft (vgl. ebd.). Umwelt umfasst dabei, neben der physischen Umgebung, auch soziale Faktoren, die unsere Erfahrungen formen, wie beispielsweise Kultur, Familie oder Politik und spielt dadurch im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten eine wesentliche Rolle (vgl. ebd.). Zudem wirkt sich der gesundheitliche Zustand einer Person wesentlich auf die gesellschaftliche Partizipation aus, da gesundheitliche Beschwerden häufig dazu führen, dass sich Menschen zurückziehen (vgl. Burtscher 2015, S. 1). Darüber hinaus zeigen empirische Befunde auch, dass sich Armut oft negativ auf die Gesundheit auswirkt (vgl. Burtscher 2019, S. 90). Menschen, die in Armutsverhältnissen leben, weisen häufig ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und -verhalten auf und erfahren in Beruf, Bildung und Einkommen häufig Benachteiligungen (vgl. ebd.).

Sozial benachteiligte Menschen sind am Wohnort und Arbeitsplatz vermehrt größeren Belastungen ausgesetzt, oft in ein geringeres soziales Netzwerk eingebunden und verfügen häufig über wenige Bewältigungsressourcen (vgl. ebd.). Da die Weitergabe von Gesundheitskompetenzen primär über Kultur, Bildung und Erziehung erfolgt, ist ihr Erwerb also stark vom jeweiligen sozialen Hintergrund bzw. dem Milieu, in dem ein Mensch aufwächst, geprägt (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 141). Ob sich Menschen für Verhaltensweisen entscheiden, die ihre Gesundheit fördern, steht in Zusammenhang mit den Gefühlen und Gedanken, beispielsweise, ob sie Angst vor einer Krankheit haben oder positive Auswirkungen auf ihre Gesundheit erwarten (vgl. Faltermaier 2017, S. 18). Die Fähigkeit, förderlich mit der eigenen Gesundheit umzugehen und deren Rahmenbedingungen zu verbessern, kann durch den Erwerb von Gesundheitskompetenz verbessert werden (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 132). Durch präventive Ansätze, die das Verständnis von Einflussfaktoren auf die Gesundheit fördern, kann zur Vorbeugung von Krankheiten beigetragen werden (vgl. ebd.). Maßnahmen der Gesundheitsförderung können zur Veränderung von Lebensverhältnissen und individuellem Verhalten beitragen (vgl. Glaeske et al. 2003, S. 25).

2.2.4 Prävention und Gesundheitsförderung

Durch Gesundheitsförderung kann gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden (vgl. WHO 1997, S. 9). Bereits 1986 wurde auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta für die Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus, aufgerufen (vgl. WHO 1986, S. 1). Gesundheitsförderung wurde definiert als „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (WHO 1986, S. 1). In der vierten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert wurde darüber hinaus das Ziel gesetzt, „den größtmöglichen Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung zu erreichen, maßgeblich zur Verringerung der bestehenden

gesundheitlichen Ungleichheiten beizutragen, die Menschenrechte zu stärken und soziale Ressourcen aufzubauen.“ (WHO 1997, S. 9).

Bei Prävention und Gesundheitsförderung handelt es sich um zwei unterschiedliche Strategien, die dasselbe Ziel verfolgen: „Das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung soll gesteigert und Krankheiten sollen verhindert werden.“ (Glaeske et al. 2003, S. 10). Dabei unterscheiden sie sich in Ansatzpunkten und Zielrichtung (vgl. ebd.). Prävention setzt bei spezifischen Krankheiten an und verfolgt das Ziel, bei bereits Erkrankten oder Risikoträger*innen die Risiken dafür zu minimieren (vgl. ebd.). Im Unterschied dazu werden bei der Gesundheitsförderung die Ressourcen für die Erhaltung der Gesundheit bzw. Gesundung in den Blick genommen (vgl. ebd.). Durch Gesundheitsförderung sollen Individuen bzw. soziale Gruppen befähigt werden, auf sozioökonomische und umweltbezogene Faktoren Einfluss zu nehmen und dadurch positiv zur Erhaltung ihrer Gesundheit beizutragen sowie ihr Wohlbefinden zu fördern (vgl. ebd.). Erreicht werden soll dies, indem individuelle Ressourcen gestärkt und dadurch Handlungsspielräume erweitert werden (vgl. ebd.). Dazu sollen Strategien wie die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und unterstützenden Umwelt, die Stärkung gemeinschaftlicher gesundheitsbezogener Aktionen und die Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenz zum Einsatz kommen (vgl. WHO 1997, S. 9). Bei der Gesundheitsförderung handelt es sich also um „einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz“ (Glaeske et al. 2003, S. 10), der darauf abzielt, durch politische Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen beizutragen und individuelle Gesundheitspotenziale freizusetzen (vgl. ebd.).

2.2.5 Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese, das auf Aaron Antonovsky zurückgeht, wendet sich vom Modell der Pathogenese, das sich mit den Ursachen von Krankheiten und deren Risikofaktoren beschäftigt, ab und beschäftigt sich stattdessen mit den Bedingungen von Gesundheit und Faktoren, die Menschen gesund halten (vgl. Bengel et al. 2001, S. 9). Zentral sind dabei die Fragen, warum Menschen trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben und wie sie es schaffen, sich

von Erkrankungen zu erholen (vgl. ebd., S. 24). Dem Konzept der Salutogenese zufolge werden alle Menschen als mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank betrachtet (vgl. ebd.). Daraus ergibt sich die zentrale Frage, wie ein Mensch mehr gesund und weniger krank wird (vgl. ebd.). Gesundheit wird als „labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen“ (ebd. S. 25) betrachtet. Antonovsky geht davon aus, dass menschlichen Organismen die Tendenz zugrunde liegt, sich auf einen Zustand immer größerer Unordnung hinzubewegen, wodurch Ungleichgewicht, Krankheit und Leiden entstehen (vgl. ebd.). Je weniger sie ihre organisierten Strukturen verlieren und umso mehr Ordnung und Organisation Systeme besitzen, umso mehr befinden sie sich im Gleichgewicht und somit in einem Zustand von Gesundheit (vgl. ebd.). Der Verlust von Gesundheit wird als natürlicher und allgegenwärtiger Prozess gesehen, wonach Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muss (vgl. ebd., S. 26). Während das biomedizinische Modell von einer Zweiteilung ausgeht, der zufolge Menschen jeweils nach den Zuständen gesund oder krank eingestuft werden, geht Antonovsky von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus, auf dem Menschen als mehr oder weniger gesund bzw. krank eingeordnet werden können (vgl. ebd.). Neben genetischen und gesellschaftlich-strukturellen Faktoren, stellt das Kohärenzgefühl eine zentrale Widerstandsressource dar (vgl. Wendt 2017, S. 43). Das Kohärenzgefühl setzt sich aus der subjektiven Gewissheit die Welt bzw. Lebensereignisse verstehen zu können, der Überzeugung Lebensanforderungen gestalten und bewältigen zu können und dem Empfinden von Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens zusammen (vgl. ebd.). Es handelt sich dabei um ein Wahrnehmungsmuster, das sich von Geburt an entwickelt und sich bis ins junge Erwachsenenalter verfestigt (vgl. Bengel et al. 2001, S. 143). Ob eine Person die Welt und ihr eigenes Leben in ihr als vorhersehbar und verstehbar wahrnimmt, hängt von ihrem Kohärenzgefühl ab (vgl. Goddemeier 2019, S. 366). Die Entwicklung des Kohärenzgefühls hängt wiederum im Wesentlichen von den Umwelterfahrungen eines Individuums ab (vgl. Bengel et al. 2001, S. 143). Lebenserfahrungen können dazu führen, dass einzelne Bereiche stark ausgeprägt sind, während andere nur wenig ausgebildet werden (vgl. Goddemeier 2019, S. 367). Ob ein Reiz als Stressor gewertet wird und in weiterer Folge eine Spannung auslöst, ist abhängig von den so genannten generalisierten Widerstandsressourcen,

worunter individuelle Problemlösungsstrategien zu verstehen sind (vgl. Bengel et al. 2001, S. 144ff). Eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl wird einen Stressor also nicht als bedrohlich einschätzen, sondern als Herausforderung sehen, an die sie sich anpassen und mithilfe ihrer Widerstandsressourcen bewältigen kann (vgl. Goddemeier 2019, S. 367). Stressbelastungen werden als Auslöser für Krankheiten gesehen (vgl. Bengel et al. 2001, S. 146). Untersuchungsergebnissen zufolge ist das Kohärenzgefühl bei Menschen, die im Krankenhaus oder in Psychotherapie sind, schwächer ausgeprägt und scheint in Zusammenhang mit dem Erfolg von Therapie- und Trainingsprogrammen zu stehen (vgl. Goddemeier 2019, S. 367).

Lebensereignisse können das Kohärenzgefühl sowohl stärken als auch schwächen, vor allem im Hinblick auf die subjektive Überzeugung von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit (vgl. Goddemeier 2019, S. 367). Der salutogenetische Ansatz setzt auf die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit eines Organismus gegen schwächende Einflüsse, indem die individuellen Ressourcen einer Person gestärkt werden (vgl. Bengel et al. 2001, S. 27). Auch durch Psychotherapie kann das Kohärenzgefühl gesteigert werden (vgl. Goddemeier 2019, S. 367). Für die Entdeckung und Förderung der Ressourcen einer Person, die zur Genesung beitragen können, wird die Kenntnis aller Lebensaspekte als wichtig erachtet, weshalb die ganze Person, ihre Lebensgeschichte und das System, in dem sie lebt, berücksichtigt werden (vgl. ebd.). Das Konzept der Salutogenese nimmt Abstand von einer defizitorientierten Sichtweise und richtet den Fokus stattdessen auf die zu entdeckenden und entwickelnden Ressourcen (vgl. Rauchfleisch 2011, 124f). Der salutogenetische Ansatz verfolgt also wie das Konzept der Gesundheitsförderung das Ziel, Individuen durch die Förderung ihrer individuellen Ressourcen zur positiven Einflussnahme auf die eigene Gesundheit zu befähigen (vgl. Glaeske et al. 2003, S. 10).

2.3 Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Lernschwierigkeiten und zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen

In wissenschaftlichen Publikationen zur Gesundheit bzw. gesundheitlichen Versorgung der Zielgruppe dieser Arbeit, werden häufig Bezeichnungen wie

Menschen mit „geistiger Behinderung“, oder „Intelligenzminderung“ sowie teilweise unpräzise Definitionen wie Menschen mit „Beeinträchtigung“ oder „Behinderung“ verwendet. Aufgrund der mangelhaften Datenlage erwies es sich in der Recherche als schwierig, daraus Schlüsse über die gesundheitliche Situation von Menschen mit Lernschwierigkeiten, die zusätzlich eine psychische Beeinträchtigung haben, abzuleiten. Die Versorgung dieser Menschen wird in vorliegenden Studien und Publikationen explizit kaum erwähnt. In den folgenden Ausführungen werden daher auch Publikationen herangezogen, die andere Bezeichnungen für diese Menschen verwenden, in den folgenden Darstellungen werden sie jedoch durch die Begriffe ‚Lernschwierigkeiten‘ und ‚psychische Beeinträchtigungen‘ ersetzt.

2.3.1 Historischer Hintergrund

Bis zur Deinstitutionalisierung in den 1950er Jahren, wurden Menschen mit Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen in den Einrichtungen, in denen sie untergebracht waren, medizinisch versorgt (vgl. Krahn & Fox 2013, S. 431). Im Rahmen der Ausgliederung wurde die medizinische Versorgung allmählich in die Gemeinschaft verlagert (vgl. ebd., S. 431). Die Notwendigkeit, auf die Bedürfnisse dieser Menschen einzugehen, setzte das öffentliche Gesundheitswesen unter Druck (vgl. ebd.). In den frühen 1980er Jahren änderte sich die Sicht auf Menschen mit Lernschwierigkeiten, die von einem medizinischen Fokus dominiert war, zu der Auffassung, dass die soziale Ausgrenzung dieser Menschen wesentlich vom sozialem Kontext sowie der jeweiligen Umgebung bestimmt wird (vgl. ebd., S. 431f). Anfang des 21. Jahrhunderts erlangte der Diskurs über die Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten aufgrund von nationalen und internationalen Berichten sowohl in der Europäischen Union als auch in den Vereinigten Staaten die Aufmerksamkeit des öffentlichen Gesundheitswesens (vgl. ebd., S. 432f). Unter anderem im Vereinigten Königreich, den Vereinigten Staaten, Schottland, Australien und Kanada erschienen mehrere Berichte über die gesundheitliche Lage von Menschen mit Lernschwierigkeiten bzw. gesundheitliche Ungleichheiten sowie Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung und Steigerung des Wohlbefindens (vgl. ebd., S. 433). Empfohlen wurde, neben der Förderung von Früherkennung, Inklusion und

Selbstbestimmung, der Prävention sowie Verbesserung der Gesundheit und der Förderung des Gesundheitsverhaltens von Menschen mit Lernschwierigkeiten, dass Unterstützer*innen und Familienmitglieder in die Lage versetzt werden, adäquat auf die Bedarfe von Menschen mit Lernschwierigkeiten einzugehen (vgl. ebd., S. 433). Ab 2004 erschienen mehrfach wissenschaftliche Artikel und Forschungsberichte zur Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten, die auf die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung hinweisen (vgl. ebd., S. 433f). Als notwendiger Schritt zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten wurde vor allem die Stärkung von Selbstbestimmung betont (vgl. ebd., S. 434). Im Zeitraum 2005 bis 2008 wurden im Rahmen des POMONA II Projekts in 14 Mitgliedsländern der Europäischen Union Menschen mit Lernschwierigkeiten erstmals flächendeckend selbst zu ihrer Gesundheit befragt (vgl. Brehmer-Rinderer 2009, o.S.). Bis dahin wurden Menschen mit Lernschwierigkeiten von Untersuchungen der Europäischen Kommission ausgeschlossen (vgl. ebd.). Anhand der entwickelten Gesundheitsindikatoren wurden Informationen über die Gesundheitssituation von Menschen mit Lernschwierigkeiten erhoben und mit anderen Mitgliederländern sowie dem Gesundheitszustand der Allgemeinbevölkerung verglichen (vgl. Krahn & Fox 2013, S. 432). Das Ziel war die Identifizierung von Lücken und Hürden im Gesundheitssystem, um mit entsprechenden Maßnahmen die Differenzen zwischen dieser Personengruppe und der Bevölkerung zu minimieren (vgl. Brehmer-Rinderer 2009, o.S.).

2.3.2 Aktuelle Situation

Menschen mit Lernschwierigkeiten haben im Hinblick auf ihre gesundheitliche Versorgung gegenwärtig zwar den vollen Zugang zu allen Leistungen der Kranken- und Unfallversicherung (vgl. BMASK 2017, S. 142). Trotzdem sind sie aufgrund von sozialen Ungleichheiten häufig von gesundheitlichen Nachteilen betroffen (vgl. Burtscher 2019, S. 90). Menschen mit Lernschwierigkeiten weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auf (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. 2020, o.S.). Weltweit weisen mehrere Studien zudem darauf hin, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen insbesondere bei dieser Personengruppe mit zunehmendem Alter deutlich ansteigen (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 434ff). Erhebungen zufolge weisen Menschen mit Lernschwierigkeiten ein erhöhtes Risiko

für Adipositas, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Herz-Kreislaufsystems, Atem- und Verdauungstraktes, Zahnerkrankungen und -verlust sowie für psychische Beeinträchtigungen und Demenz auf (vgl. Bössing et al. 2019, S. 55ff). Außerdem leiden Menschen mit Lernschwierigkeiten häufiger unter chronischer Bronchitis, Katarakten und Inkontinenz (vgl. Brehmer-Rinderer 2009, o.S.). Zudem sind sie häufiger von Epilepsie und neurologischen Problemen betroffen (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 434). Vor allem Adipositas tritt bei Menschen mit Lernschwierigkeiten besonders häufig auf (vgl. Metzler et al. 2013, S. 36). Während der österreichischen Gesundheitsbefragung der Statistik Austria aus den Jahren 2006/2007 zufolge 12% der Allgemeinbevölkerung eine Adipositas aufwiesen, betrug der Anteil bei Menschen mit Lernschwierigkeiten 32,6%, weitere 25,7% waren übergewichtig (vgl. Brehmer-Rinderer 2009, o.S.). Den Erhebungen in den Ländern der europäischen Union zufolge haben im Durchschnitt 28,2% Menschen mit Lernschwierigkeiten Übergewicht, weitere 22,6% sind hochgradig übergewichtig (vgl. ebd.). Außerdem wurde ersichtlich, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten umso eher Bluthochdruck haben, umso höher ihr Körpergewicht ist (vgl. ebd.). Menschen mit Lernschwierigkeiten weisen zudem eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Beeinträchtigungen auf, wobei sich diese in Symptomatik und Verlauf von jenen der Allgemeinbevölkerung unterscheiden können (vgl. AWMF 2014, S. 2). Da Menschen mit Lernschwierigkeiten häufiger unter ungünstigen Lebensbedingungen und außerordentlichen psychosozialen Belastungen aufwachsen, bilden diese oft nur wenige Bewältigungsstrategien aus und weisen damit eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Beeinträchtigungen auf (vgl. Schanze 2007, S. 29). Verschiedene Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass psychische Beeinträchtigungen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten etwa drei- bis fünfmal so häufig vorkommen wie in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Došen 2018, S. 15). Die Prävalenz wird auf 30 bis 50 Prozent geschätzt, während sie bei der Allgemeinbevölkerung etwa 10 Prozent beträgt (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass bei dieser Personengruppe häufig keine Auseinandersetzung mit den psychischen Beeinträchtigungen erfolgt und sich die Behandlung auf die Gabe von Psychopharmaka beschränkt (vgl. Seidel 2011, S. 12). Im „Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich“ wird in diesem Zusammenhang auf eine mangelhafte

psychiatrische Versorgung dieser Personengruppe hingewiesen (vgl. BMASK 2017, S. 142). Forschungsergebnisse zeigen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung viel häufiger Psychopharmaka erhalten, vor allem wenn sie „sogenanntes Problemverhalten“ zeigen (vgl. ebd., S. 12ff). Psychopharmaka haben jedoch zahlreiche Nebenwirkungen und begünstigen Folgeerkrankungen wie Übergewicht und Bluthochdruck (vgl. Burtscher 2015, S. 2). Gravierende Differenzen zur Allgemeinbevölkerung zeigen sich außerdem im Hinblick auf gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Brehmer-Rinderer 2009, o.S.). Nur ein Drittel aller Frauen mit Lernschwierigkeiten geht jährlich zur gynäkologischen Kontrolle, während der Anteil bei der allgemeinen Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 81% beträgt (vgl. ebd.). Einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit scheinen auch soziale Beziehungen zu haben (vgl. Metzler et al. 2013, S. 126). So schätzten bei Erhebungen diejenigen, die wenige Sozialkontakte haben, ihre Gesundheit schlechter ein und wiesen größere gesundheitliche Probleme auf als Menschen mit einem größeren sozialen Netzwerk (vgl. ebd.). Da Menschen mit Lernschwierigkeiten oft über ein geringeres soziales Netzwerk verfügen, weisen sie also auch hier eine erhöhte Vulnerabilität auf (vgl. Burtscher 2019, S. 90).

Trotz der geschilderten erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilitäten und Risiken, beurteilten Menschen mit Lernschwierigkeiten ihre Gesundheit bei den Befragungen im Rahmen des POMONA II Projekts ähnlich gut wie die Allgemeinbevölkerung (vgl. Brehmer-Rinderer 2009, o.S.).

Die gesundheitliche Benachteiligung dieser Personengruppe wird einerseits darauf zurückgeführt, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten sowie ihre Unterstützer*innen gesundheitliche Probleme nicht ausreichend kommunizieren bzw. berücksichtigen (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 434). Zudem wird sie mit einem Mangel an Gesundheitsvorsorge, Barrieren beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung sowie gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen wie Bewegungsmangel oder unzureichender Mundhygiene in Zusammenhang gebracht (vgl. ebd., S. 434). Außerdem werden Menschen mit Lernschwierigkeiten beim Zugang zu verständlichen Gesundheitsinformationen benachteiligt (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018, o.S.).

Seit einigen Jahren wird vielseitig zu Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein geforscht (vgl. Rathmann 2021, S. 1). Trotzdem ist der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Gesundheitsförderung und Prävention im Hinblick auf die Zielgruppe dieser Arbeit gering (vgl. Bössing et al. 2019, S. 62). Der European Health Literacy Survey zufolge weisen Menschen mit Lernschwierigkeiten häufig eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018, o.S.). Der Mangel an adäquaten Konzepten zur Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum führt dazu, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten häufig eine unzureichende Gesundheitskompetenz aufweisen (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018, o.S.). Sie haben häufig ein geringeres Gesundheitsbewusstsein und -verhalten und verfügen über weniger Bewältigungsressourcen (vgl. Burtscher 2019, S. 90). Der Lebensführung wird jedoch ein entscheidender Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden zugeschrieben (vgl. Metzler et al. 2013, S. 36). Menschen mit Lernschwierigkeiten führen häufig ein physisch inaktiveres Leben und weisen durchschnittlich bereits zwanzig Jahre früher als die durchschnittliche Bevölkerung Übergewicht bzw. Adipositas auf, was das Auftreten weiterer Erkrankungen begünstigt (vgl. ebd.). Als Ursachen für Übergewicht bei Menschen mit Lernschwierigkeiten werden, neben Bewegungsmangel, auch Medikamenteneinnahme und ungünstige Ernährungsgewohnheiten diskutiert (vgl. Allweiss et al. 2015, S. 21). Bei einer Befragung gaben zwar rund zwei Drittel der Interviewpersonen an, dass sie sportlich aktiv sind (vgl. ebd., S. 19). POMONA II zufolge verbringen jedoch 52% der österreichischen Stichprobe ihre Freizeit ausschließlich mit passiven, sitzenden Aktivitäten (vgl. Brehmer-Rinderer 2009, o.S.).

Über die Bedürfnisse und spezifische Bedarfe im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten von Menschen mit Lernschwierigkeiten gibt es nur wenige Forschungsergebnisse (Bössing et al. 2019, S. 59). Einige Ergebnisse liefert eine deutsche Studie, welche die Gesundheitskompetenz von Menschen, die in Einrichtungen für Menschen mit „Behinderung“ arbeiten und/oder leben, erfasste und ihre Bedarfe zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ermittelte (vgl. Rathmann&Dadaczynsk 2020, S. 6). Die befragten Personen gaben, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, häufiger an, Schwierigkeiten im Umgang mit

gesundheitsbezogenen Informationen zu haben (vgl. ebd., S. 14). Der Mehrheit der Befragten fällt es schwer, Informationen zur Bewältigung und Prävention von Krankheit sowie zur Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (vgl. ebd.). Aus den Ergebnissen kann unter anderem geschlossen werden, dass der Bedarf an adäquat aufbereiteten gesundheitsbezogenen Informationen hoch ist und die Zugänglichkeit erleichtert sowie Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz gesetzt werden sollten (vgl. ebd.). Erhebungen zeigen außerdem, dass nur etwa ein Viertel der befragten Menschen mit Lernschwierigkeiten vollständig über ihren Gesundheitszustand, ihre Krankheiten und Medikamente informiert ist, während 12,8% der Befragten nur teilweise darüber Bescheid wissen und 20% stark verzerrte Informationen über die eigene Gesundheit haben, also beispielsweise den Einnahmegrund ihrer Medikamente nicht kennen (vgl. Brehmer-Rinderer 2009, o.S.). Das Projekt POMONA II zeigt, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten besser über ihre Gesundheit informiert werden müssen und der Bedarf besteht, sie für den Erwerb dieses Wissens anzuleiten (vgl. ebd.). Auch Interessensvertretungen, Selbstvertreter*innen und unabhängige Gremien weisen darauf hin, dass die Nutzung des Gesundheitssystems für Menschen mit Lernschwierigkeiten eine besondere Herausforderung darstellt, was vor allem auf Barrieren im Zugang, in der Ausstattung und in der Kommunikation zurückgeführt wird (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018, o.S.). Sie sehen daher einen hohen Bedarf an verständlichen Informationen und adäquaten Schulungen zu Körperwissen, gesundem Verhalten und dem Gesundheitssystem (vgl. ebd.). Im deutschsprachigen Raum gibt es für Menschen mit Lernschwierigkeiten bisher nur wenige Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz (vgl. Gesundheitsziele Wien o.D., o.S.). Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. fordert daher, dass Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, einen bestimmten Anteil der Präventionsangebote für diese Personengruppe zu schaffen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. 2020, S. 9). Desweiteren fordert sie, dass Präventionsangebote auch in ihr Lebensumfeld eingegliedert werden und Krankenkassen dazu beitragen, dass in Betreuungseinrichtungen gesundheitsförderliche Strukturen aufgebaut und gestärkt werden (vgl. ebd., S. 9f).

2.3.3 Gesundheitsförderung und Prävention

In Österreich fehlen zu sämtlichen Gesundheitsbereichen gesicherte Daten und Statistiken (vgl. Lebenshilfe Tirol o.D., o.S.). Aus dem ‚Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen‘ aus dem Jahr 2013 geht hervor, dass nur wenig über ihre Gesundheitssituation bekannt ist (vgl. Burtscher 2015, S. 1). In Untersuchungen kam diese Personengruppe bislang kaum vor, da sie mit standardisierten Befragungen nicht erreicht wurden, was dazu führte, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten bei Gesundheitsstrategien und nationalen Gesundheitszielen kaum berücksichtigt werden (vgl. ebd.).

Durch entsprechende Maßnahmen könnten einige der gesundheitlichen Differenzen minimiert werden (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 434). Aufgrund der bestehenden Vulnerabilitäten und erhöhten Gesundheitsrisiken, ist die Entwicklung von Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten besonders wichtig (vgl. Rathmann 2021, S. 1). Erhebungen zeigen jedoch, dass der Zugang zu Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention, trotz der erhöhten gesundheitlichen Risiken, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erschwert ist (vgl. Seidel 2015, S. 8). Wissenschaftliche Arbeiten sowie Positionspapiere von Selbstvertreter*innen und „Behinderteneinrichtungen“ zeigen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten von Maßnahmen der Gesundheitsförderung kaum erreicht werden (vgl. Buchinger et al. 2015, S. 9).

Menschen mit Lernschwierigkeiten könnten von geeigneten Präventionsmaßnahmen wie Beratungsangeboten, die über gesunde Ernährung, die Wichtigkeit von ausreichend Bewegung sowie die Gefahr des Rauchens informieren, profitieren, jedoch gibt es immer noch zu wenige Konzepte zu Präventions- und Gesunderhaltungsangeboten, die auf die Bedarfe dieser Zielgruppe ausgerichtet sind (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. 2020, S. 9). Zwar hat der Diskurs zur Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren eine massive Bedeutungssteigerung erfahren und sich zunehmend ausdifferenziert, Menschen mit Behinderung werden darin jedoch nur selten als Zielgruppe für Fördermaßnahmen angesehen (vgl. Bittlingmayer et al. 2020, S. 462).

In der UN-Behindertenrechtskonvention werden, neben dem Zugang zu Angeboten

der öffentlichen Gesundheitsversorgung und speziellen benötigten Gesundheitsleistungen, Maßnahmen gefordert, „um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, umfassende körperliche, mentale, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Inklusion in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“ (BMSGPK, 2016, S. 22). Obwohl das Recht auf Gesundheit in der UN-Konvention ein wesentlicher Punkt ist, steht in Diskursen um Inklusion vor allem das Recht auf inklusive Bildung im Zentrum der Aufmerksamkeit, während Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheiten und Gesundheitskompetenz nur selten thematisiert werden (vgl. Bittlingmayer et al. 2020, S. 463). Im ‚Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich‘ werden zwar unterschiedliche Beratungs- und Präventionsprogramme in beruflichen Kontexten genannt, die der Verbesserung der Gesundheit sowie dem Erhalt und der Verlängerung der Erwerbsfähigkeit dienen sollen (vgl. BMASK 2017, S. 146ff). Es heißt, dass im Sozialministerium sowie im Gesundheitsministerium bei allen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gewährleistet wird, dass auch Menschen mit Lernschwierigkeiten teilnehmen können (vgl. BMASK 2017, S. 148). Im ‚Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigung‘ der deutschen Bundesregierung wird jedoch vermutet, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen von allgemeinen Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung kaum erreicht werden, vor allem, wenn sie „besondere Kommunikationsbedürfnisse“ haben (vgl. BMAS 2016, S. 327). Hinweise hierzu gibt es aus Evaluationen zu Kampagnen zum Rauch- und Suchtverhalten sowie gesundheitsbewusster Ernährung, in die jedoch nur Menschen, die in Privathaushalten leben, einbezogen wurden (vgl. ebd.). Keine Daten gibt es bisher dazu, ob von den Angeboten auch Menschen, die in betreuten Wohneinrichtungen leben oder in Tagesstrukturen tätig sind, erreicht werden (vgl. ebd.). Es fehlen Erkenntnisse, inwieweit diese Menschen Zugang dazu haben und inwiefern sie davon profitieren (vgl. Bössing et al. 2019, S. 59). Damit Menschen mit Lernschwierigkeiten selbstbestimmt über ihre Gesundheit bestimmen können, benötigen sie jedoch verständliche Informationen darüber (vgl. WiG, o.D., o.S.).

2.3.4 Partizipative Gesundheitsforschung

Bössing et al. sehen die Notwendigkeit, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten in die Forschung einbezogen werden müssen (vgl. Bössing et al. 2019, S. 62). Eine Möglichkeit zur Gesundheitsförderung bei dieser Zielgruppe stellt die partizipative Gesundheitsforschung dar, worunter ein gesundheitswissenschaftlicher Ansatz verstanden wird, mit dem Prozesse der Partizipation untersucht und gefördert werden können (vgl. Wright et al., 2021, o.S.). Der Forschungsansatz verbreitet sich seit den 1980er Jahren international und wird seit Beginn des 21. Jahrhunderts auch im deutschsprachigen Raum in der Gesundheits- und Präventionsforschung angewendet (vgl. ebd.). Partizipative Gesundheitsforschung baut auf vielfältigen vorgängigen partizipativen Forschungstraditionen im internationalen Raum auf, die sozialen Bewegungen entstammen und das Ziel verfolgen, einen Beitrag zu einer demokratischen und inklusiven Gesellschaft zu leisten (vgl. ebd.). Da Ungleichheiten der gesundheitlichen Chancen auf fehlende Partizipation zurückgeführt werden, eignet sich partizipative Gesundheitsforschung besonders für die Konzipierung und Durchführung von Maßnahmen für sozial benachteiligte Menschen (vgl. ebd.). Das Ziel ist die Stärkung von gesundheitlicher Chancengleichheit durch die Gewinnung von neuen Erkenntnissen und das Anstoßen von Veränderungen, die Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen fördern (vgl. ebd.). Partizipative Gesundheitsforschungsprojekte werden durch die gleichberechtigte Kooperation verschiedener Akteur*innen konzipiert und durchgeführt (vgl. ebd.). Erforscht werden Lebensbereiche von beteiligten Personen, wobei deren Mitgestaltung am Forschungsprozess zentral ist, und eine kontinuierliche Reflexion der Machtverhältnisse stattfindet (vgl. ebd.). Erkenntnisse werden in der Entwicklung und Erprobung neuer Handlungsmöglichkeiten, durch die Lebensumstände der Beteiligten verbessert werden sollen, gewonnen (vgl. ebd.). Im Jahr 2007 wurde im deutschsprachigen Raum das ‚Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung‘ (PartNet) gegründet, während sich im internationalen Raum die ‚International Collaboration for Participatory Health Research‘ (ICPHR), eine Arbeitsgemeinschaft aus Mitgliedern aus über zwanzig Ländern, bildete (vgl. ebd.). Im Jahr 2015 wurde zudem in Deutschland der ‚PartKommPlus - Forschungsverbund für gesunde Kommunen‘ gegründet, der im Rahmen des

partizipativen Forschungsprojekts ‚Projekt GESUND!‘ von 2015 bis 2020, in Kooperation mit Menschen mit Lernschwierigkeiten, unterschiedliche Themen zu Gesundheitsbildung und kommunaler Gesundheitsförderung beforschte (vgl. ebd.). Das Projekt zielte darauf ab, die individuelle Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu erweitern, indem diese direkt einbezogen und zu „Gesundheitsforschern“ ausgebildet wurden (vgl. Burtscher et al. 2017, S. 90). Partizipative Gesundheitsforschung kann eine erfolgreiche Interventionsform der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen mit Lernschwierigkeiten sein (vgl. Burtscher 2019, S. 89). Eine Befragung vom Team der KHSB ergab, dass eine Mehrzahl der Interviewten Interesse daran hat, mehr über Gesundheit zu lernen, wobei das größte Interesse an den Themen Ernährung und Sport besteht (vgl. Allweiss et al. 2015, S. 21).

Da wissenschaftliche Arbeiten sowie Positionspapiere von Selbstvertreter*innen und Betreuungseinrichtungen darauf hinwiesen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung kaum erreicht werden, begann der Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen mit der MA24 und Selbstvertreter*innen im Jahr 2014 mit der Entwicklung des Projekts „Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten“ (vgl. Buchinger et al. 2015, S. 9). Die ersten Kurse fanden im Jahr 2015 statt (vgl. ebd., S. 56). Durch adäquat aufbereitete Informationen in Leichter Sprache sollten Gesundheitskompetenz und Selbstbestimmung der Zielgruppe gestärkt werden und die Teilnehmer*innen dadurch in die Lage versetzt werden, für sich und ihre Gesundheit mehr Verantwortung zu übernehmen (vgl. Buchinger et al. 2015, S. 9f). Die kostenlosen Gesundsein-Kurse, in denen Gesundheitsinformationen durch unterschiedliche Methoden praxisnah aufbereitet werden, werden nun mehrmals im Jahr angeboten und dauern jeweils sechs Halbtage (vgl. WiG o.D, o.S.). Die Kurse können in Wien auch für Betreuungseinrichtungen gebucht werden (vgl. ebd.).

Partizipative Gesundheitsforschung befindet sich international in einer Konsolidierungsphase (vgl. Wright et al. 2021, o.S.). Die Ausbreitung des Forschungsansatzes wird vor allem durch die ICPHR vorangetrieben, um durch ihren Einsatz die Realisierung von Projekten zur Gesundheitsförderung zu unterstützen (vgl. ebd.). Während Menschen mit Lernschwierigkeiten zum

Zeitpunkt des Starts des Projekt GESUND! nur selten in Forschungsprojekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einbezogen wurden, hat sich diese Situation inzwischen, nicht zuletzt durch die Anstöße des Projekt GESUND!, etwas verbessert (vgl. Wright et al., 2021, o.S.). Dies ist vor allem im Hinblick auf die gesundheitlichen Ungleichheiten und höheren Gesundheitsrisiken erfreulich (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang erwähnenswert sind die, vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen und von der BZgA geförderten, Informationsbroschüren in Leichter Sprache über gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol, Drogen und Glücksspiel, die in den letzten beiden Jahren von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. publiziert wurden (vgl. DHS o.D., o.S.). Diese Broschüren wurden vom Institut für Suchtprävention Wien adaptiert bzw. ergänzt und in Form von drei Heften zu den Themen Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im August 2021 veröffentlicht (vgl. Sucht und Drogen Koordination Wien, o.D., o.S.).

2.4 Selbstfürsorge

Da eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen rund um das Konzept der Selbstfürsorge existiert, werden im Folgenden einige wissenschaftliche Annäherungen herangezogen, um die dieser Arbeit zugrunde liegende Auffassung von Selbstfürsorge darzustellen.

Die WHO definiert das Konzept Selbstfürsorge als die Fähigkeit, Gesundheit zu erhalten und fördern sowie Krankheiten und Behinderungen vorzubeugen bzw. mit ihnen umzugehen, mit oder ohne Unterstützung durch das Gesundheitssystem (vgl. WHO 2019b, S. 8). Selbstfürsorge umfasst ihr zufolge unter anderem Gesundheitsförderung, die Prävention und Behandlung von Krankheiten, Selbstmedikation sowie bei Bedarf das Aufsuchen von entsprechender Unterstützung (vgl. ebd.). Zur Selbstfürsorge zählen der WHO zufolge Bereiche wie Hygiene, Ernährungsweise, Lebensstil sowie umwelt- und sozioökonomische Faktoren (vgl. ebd.).

Haubl versteht unter Selbstfürsorge die Kompetenz, im Privat- oder Berufsleben „mehr oder weniger effektiv für die eigene physische und psychische Gesundheit zu sorgen“ (Haubl 2012, S. 7). Reddemann zufolge wird darunter ein achtsamer

und sorgender Umgang mit sich selbst und den eigenen Bedürfnissen verstanden, um negative Gedanken und Gefühle zu verringern und Wohlbefinden zu fördern (vgl. Reddemann 2003, S. 82). Zentral ist dabei „tatsächlich etwas für sich zu tun und wohlwollende Handlungen und Aktivitäten zu planen“ (Potreck-Rose&Jacob 2008, S. 149). In der Literatur sind hierfür vielfältige konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzufinden, Reddemann führt physische Strategien wie Schlaf, Ernährung und Bewegung, Entspannung, Natur, Meditation, kreativer Ausdruck, ausgleichende Aktivitäten, Spiritualität und Humor sowie soziale Strategien wie Unterstützungsnetz, schöne Gestaltung der Umgebung oder wenig Beschäftigung mit Belastendem im Alltag an (vgl. Reddemann 2003, S. 84).

Selbstfürsorge ist keine stabile Eigenschaft, sondern eine Haltung, die ständig aktualisiert werden muss (vgl. Feselmayer&Andorfer 2009, S. 17). Eine Voraussetzung für den Erwerb einer selbstfürsorglichen Haltung ist die Fähigkeit, mit der eigenen Aggressivität umzugehen (vgl. ebd.). Gelingende Selbstfürsorge setzt außerdem Selbstachtung und die „Fähigkeit zu einer liebevollen Rückwendung zu sich selbst“ (Küchenhoff 1999, S. 151) voraus (vgl. ebd.). Selbstfürsorge ist demnach eine Haltung „die eine bestimmte Form des gutwilligen, sorgenden Umgangs mit sich selbst umschreibt“ (ebd., S. 161) und die durch die „emotional bedeutsamsten Beziehungserfahrungen im eigenen Leben“ geprägt wird (ebd.).

Wie selbstfürsorglich eine Person mit sich umgeht, hängt von den jeweiligen emotional bedeutsamen Beziehungserfahrungen ab, die sie geprägt haben (vgl. Feselmayer&Andorfer 2009, S. 17). Vor allem früh gemachte Beziehungserfahrungen spiegeln sich in der selbstfürsorglichen Haltung wider (vgl. ebd.). Eine selbstfürsorgliche Haltung bedarf einer „frühen Erfahrung mit ausreichender Fürsorge“ (Reddemann 2003, S. 82), oder einer „Veränderung im Umgang mit sich selbst“ (ebd.). Auch Haubl vertritt die Ansicht, dass Selbstfürsorge ein Niederschlag dessen ist, wie fürsorglich Menschen in ihrer Kindheit und Jugend von signifikanten Bezugspersonen behandelt worden sind (vgl. Haubl 2012, S. 7). Die aus diesen vorreflexiven Selbstfürsorgestrategien entwickelte Kompetenz umfasst ein Repertoire an unterschiedlichen Strategien, aus denen eine Person je nach Situation wählen kann (vgl. ebd.).

2.4.1 Destruktive Selbstfürsorge

Gesundheitsschädliche Bewältigungsstrategien, auf die Menschen häufig zurückgreifen, wenn sie belastenden Lebenssituationen ausgesetzt sind, werden häufig auch als Coping bezeichnet (vgl. Wendt 2017, S. 43). Bei riskanten Verhaltensweisen handelt es sich häufig um individuelle Anpassungsstrategien an besondere Lebensumstände (vgl. Schwarzer 2004, S. 5). Wenn die individuellen Ressourcen in einer als belastend erlebten Situation überschritten werden, wird durch Coping versucht das Wohlbefinden der betroffenen Person wiederherzustellen, indem Probleme gelöst oder negative Gefühle reguliert werden (vgl. Faltermaier&Lessing 2014, o.S.). Beim Coping wird jedoch häufig keine Bilanz aus Nutzen und Kosten kalkuliert (vgl. ebd.). Im Gegensatz zu ‚adaptiven Bewältigungsstrategien‘, die zur dauerhaften Lösung des Problems beitragen können, können ‚maladaptive Bewältigungsstrategien‘ wie beispielweise Substanzkonsum zwar zur Erzeugung von positiven Gefühlen bzw. der Unterdrückung von negativen Gefühlen beitragen, gleichzeitig haben sie jedoch einen destruktiven Charakter, da sie die Gesundheit schädigen (vgl. Wolf, o.D., o.S.).

Eine zentrale Rolle bei der Anwendung von Coping spielen soziale und psychische Ressourcen wie die Eingebundenheit in soziale Netzwerke oder die Stabilität des Selbstwerterlebens (vgl. Wendt 2017, S. 43). Dabei sind auch Abwehrmechanismen wie beispielsweise Verdrängung von Bedeutung (vgl. ebd.). Destruktive Verhaltensweisen erfüllen für die Betroffenen häufig eine Schutzfunktion (vgl. Feselmayer&Andorfer 2009, S. 21). Auch gegen den eigenen Körper gerichtete Verhaltensweisen können als eine Form von Selbstfürsorge betrachtet werden, da sie eigentlich den Versuch darstellen, sich vor negativen Gefühlen zu schützen (vgl. ebd., S. 20). So haben beispielsweise Menschen mit Suchtproblemen häufig bereits in der Kindheit traumatische Erfahrungen gemacht, die sich oft über ihr weiteres Leben fortsetzen (vgl. ebd. S. 21). Der Konsum von Suchtmitteln oder andere selbstschädigende Verhaltensweisen können eine überlebenssichernde Bewältigungsstrategie darstellen (vgl. ebd.).

Menschen sind den als belastend erlebten Situationen jedoch nicht passiv ausgeliefert, sondern treffen bei der Einschätzung aktive Handlungsentscheidungen (vgl. Faltermaier&Lessing 2014, o.S.). Indem

hilfreichere Handlungsstrategien entwickelt werden, kann destruktives Bewältigungsverhalten schrittweise verändert bzw. aufgegeben werden (vgl. Feselmayer&Andorfer 2009, S. 21). Im Hinblick auf die Entstehung und Vermeidung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, spielt Coping als Bewältigungsstrategie also eine wesentliche Bedeutung (vgl. Faltermaier&Lessing 2014, o.S.).

2.5 Empowerment

Dem Begriff Empowerment liegt die Perspektive zugrunde, dass Menschen, die sich in gesellschaftlich marginalen Situationen befinden, zu kollektiver und autonomer Selbsthilfe angeregt werden können, indem der Fokus auf vorhandene Stärken gelegt wird (vgl. Theunissen 2007, S. 27). Dadurch sollen sie die Fähigkeit erlangen, die eigenen Lebensumstände zu kontrollieren und bestimmen (vgl. ebd.). Es wird davon ausgegangen, dass Menschen eine eigene Bewältigungsfähigkeit besitzen und in einem Prozess der Selbstermächtigung dazu angeregt werden können, ein Bewusstsein für ihre Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und diese nutzen lernen (vgl. Wendt 2017, S. 39f). Durch das Erkennen von Fähigkeiten und Stärken und die Entwicklung von Vertrauen in die eigenen Ressourcen, werden Menschen in die Lage versetzt, ihr Leben eigenverantwortlich zu bewältigen und den eigenen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten (vgl. Theunissen 2007, S. 27). Empowermentprozesse können nicht direkt hervorgerufen werden, sie können jedoch, durch das Bereitstellen von Informationen, die Erschließung von Ressourcen und das Herstellen von Situationen, die Bewusstwerdung und Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen begünstigen, angeregt werden (vgl. ebd., S. 28f).

2.6 Zusammenfassung

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde zunächst gezeigt, dass, neben sozioökonomischen und umweltbezogenen Faktoren, die individuelle Lebensführung maßgeblich zur Erhaltung von Gesundheit bzw. Entstehung von Krankheiten beiträgt (vgl. Glaeske et al. 2003, S. 25). Menschen können durch ihr Verhalten auf die eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden Einfluss nehmen (vgl.

WHO 2019b, S. 8). Während positives Gesundheitsverhalten die eigene Gesundheit schützen und dadurch zur Prävention von Krankheiten beitragen werden kann, wird diese durch gesundheitliches Risikoverhalten gefährdet (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 132f). Die Befähigung von Menschen zur eigenverantwortlichen positiven Einflussnahme auf ihre Gesundheit, erscheint daher von zentraler Bedeutung (vgl. Gussone&Schiepek 2000, S. 129f). Damit Menschen förderlich mit ihrer Gesundheit umgehen können, ist der Erwerb von Gesundheitskompetenz erforderlich (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 140f). Durch die Stärkung individueller Ressourcen können Menschen die Fähigkeit erlangen, positiven Einfluss auf ihr Wohlbefinden zu nehmen (vgl. Glaeske et al. 2003, S. 10). Menschen mit Lernschwierigkeiten weisen jedoch häufig eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018, o.S.), die zu einem erhöhten Krankheitsrisiko, Orientierungsproblemen im Gesundheitssystem und geringem Verständnis gesundheitsbezogener Informationen führt (vgl. Bössing et al. 2019, S. 62). Weltweit weisen mehrere Studien darauf hin, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Gesundheitsrisiko (vgl. Bössing et al. 2019, S. 55ff) sowie eine höhere Vulnerabilität aufweisen (vgl. Rathmann 2021, S. 1). Zudem ziehen sich Menschen tendenziell zurück, wenn sie gesundheitliche Beschwerden haben, weshalb sich die Gesundheit einer Person also auch auf ihre gesellschaftliche Partizipation auswirkt (vgl. Burtscher 2015, S. 1).

Trotzdem haben Menschen mit Lernschwierigkeiten einen erschwerten Zugang zu Präventionsmaßnahmen (vgl. Seidel 2015, S. 8). Von Maßnahmen der Gesundheitsförderung werden sie selten erreicht (vgl. Buchinger et al. 2015, S. 9), da es im deutschsprachigen Raum kaum adäquate Konzepte zur Gesundheitsförderung bei dieser Personengruppe gibt (vgl. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018, o.S.). Die Umwelt einer Person wirkt sich auf ihre Gesundheit sowie gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten aus, wodurch ihr auch im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten eine wesentliche Rolle zukommt (vgl. Krahn & Fox 2013, S. 432). Gesundheitliche Chancengleichheit kann durch Gesundheitsförderung gefördert werden (vgl. WHO 1997, S. 9). Entsprechende Maßnahmen können bewirken, dass gesundheitlichen Differenzen reduziert werden (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 434). Es ist anzunehmen, dass die

Entwicklung von Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz, die in diesem Zusammenhang als zentral betrachtet wird (vgl. Rathmann 2021, S. 1), auch im Hinblick auf das Selbstfürsorgeverhalten eine wesentliche Rolle spielt. Durch Selbstfürsorge können negative Gedanken und Gefühle verringert und das Wohlbefinden gefördert werden (vgl. Reddemann 2003, S. 82) sowie auf die eigene physische und psychische Gesundheit Einfluss genommen werden (vgl. Haubl 2012, S. 7). Es wird vermutet, dass das individuelle Selbstfürsorgeverhalten wesentlich von den eigenen Beziehungserfahrungen geprägt wird (vgl. Feselmayer&Andorfer 2009, S. 17).

Eine zentrale Annahme dieser Masterarbeit ist, dass Menschen durch Selbstfürsorge eigenverantwortlichen einen Beitrag zur Steigerung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens leisten können, weshalb im empirischen Teil dieser Arbeit, anhand von Interviews mit vier betroffenen Personen, der Forschungsfrage nachgegangen werden soll, **welche Bedeutung Selbstfürsorge für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen hat**. Die theoretischen Ausführungen in diesem Kapitel bilden die Basis für die Analyse der Interviews im nun folgenden empirischen Teil.

3 Methodisches Vorgehen

Um Erkenntnisse über die Bedeutung von Selbstfürsorge für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen zu generieren, wurden Interviews mit vier betroffenen Personen geführt. Der gesamte empirische Forschungsprozess orientierte sich am Vorgehen des Life History Research, bei dem die persönlichen Erfahrungen und Sichtweisen der Interviewten im Mittelpunkt stehen. Der erste Teil der jeweils zweiteiligen Interviews widmete sich den biographischen Erfahrungen der Teilnehmenden, die anschließend verschriftlicht wurden. Dadurch wurden Einblicke in die persönlichen Lebensgeschichten der Interviewpersonen möglich. Um im zweiten Teil der Befragung eine Annäherung an das Thema dieser Masterarbeit, nämlich die Bedeutung von Selbstfürsorge für die Interviewpersonen, zu gewährleisten, wurde das Vorgehen des Life History Research mit dem Erhebungsverfahren des problemzentrierten Interviews kombiniert, da dieses von einem groben Leitfaden strukturiert wird (vgl. Mayring 2002, S. 67). Das problemzentrierte Interview eignete sich hierfür, da es darauf abzielt, möglichst unvoreingenommen individuelle Handlungen und subjektive Wahrnehmungen zu erfassen (vgl. Witzel 2000, S. 2).

Die Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Ausgewertet wurden die Interviewdaten händisch in einer Tabelle, ohne Zuhilfenahme einer Software, in Anlehnung an die konstruktivistische Grounded Theory nach Kathy Charmaz. Anschließend wurden die verfassten Geschichten gemeinsam mit den Interviewpersonen validiert. Dabei wurden an manchen Stellen Ergänzungen vorgenommen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte also, dem Vorgehen des Life History Research entsprechend, in Rücksprache mit den Interviewten.

In Bezug auf die Wahl der Methode wurde Wert daraufgelegt, dass die Befragten frei erzählen können, was ihnen in Bezug auf das Thema wichtig ist. Deshalb wurde auf ausformulierte Antwortvorgaben verzichtet. Bei Bedarf wurden Hilfsmittel wie Piktogramme oder Abbildungen eingesetzt, um die Herstellung des Bezugs zu den Lebensrealitäten zu fördern. Diese konnten als Orientierung dienen und zu weiteren Erzählungen anregen. Um die Erzählungen der Interviewpersonen nicht zu stark zu beeinflussen, wurden die Interviews wie ein Gespräch gestaltet und

spontan auf die Antworten der Interviewpersonen reagiert, anstatt den Leitfaden der Reihenfolge nach abzuarbeiten. Im gesamten Kommunikationsprozess wurde auf den Gebrauch von Leichter Sprache, sowohl in mündlicher als auch in allen schriftlichen Unterlagen, geachtet. Aufgrund der Kenntnis der Kommunikationsfähigkeiten der Personen, wurde gänzlich auf die Überprüfung der Eignung des Frageformats verzichtet. Die Entscheidung, wo wir das Interview durchführen würden, wurde den Interviewpersonen überlassen, wobei sie gebeten wurden, einen ruhigen Ort auszuwählen, an dem die Interviews ohne größere Ablenkung durchgeführt werden können.

Zunächst werden einzelnen Forschungsmethoden näher erläutert. Anschließend wird auf spezielle Aspekte bei der Interviewführung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten und forschungsethische Aspekte eingegangen sowie der Zugang zum Forschungsfeld dargelegt.

3.1 Die Erhebungsmethode

3.1.1 Life History Research

Der Ansatz des Life History Research verfolgt das Ziel, Menschen sowie ihr soziales Leben zu verstehen und ihre persönlichen Geschichten hervorzubringen (vgl. Germeten 2013, S. 612). Dabei wird Biografieforschung, deren Ziel die Erstellung von individuellen Biografien und Lebensgeschichten ist, mit Oral History, welche Erzählungen über das Leben von Individuen und Gruppen in einem bestimmten historischen Kontext erfasst, kombiniert (vgl. Atkinson 1997, S. 2). Manchen gesellschaftlichen Gruppen, wie beispielsweise Frauen, indigene Menschen oder Menschen mit Lernschwierigkeiten, war es nicht möglich oder erlaubt, ihre Lebensgeschichten mit der Gesellschaft zu teilen (vgl. Germeten 2013, S. 613). Dorothy Atkinson bezeichnet die verborgenen Stimmen dieser Menschen als „lost voices“ (Atkinson&Walmsley 1999, S. 204). Bis zu den 1970er Jahre gab es nur Aufzeichnungen über das Leben von Menschen mit Lernschwierigkeiten (vgl. Atkinson&Walmsley 1999, S. 203). Da angenommen wurde, dass diese Personen nicht für sich selbst sprechen können, sprachen stattdessen andere, insbesondere Mediziner*innen bzw. Ärzt*innen, als sich das medizinische Modell von

Behinderung ausbreitete, für (oder gegen) sie (vgl. ebd., S. 204). Dies hat dazu geführt, dass viele Behauptungen über diese Menschen angestellt wurden, ihre eigenen Perspektiven, Sichtweisen und persönlichen Erfahrungen jedoch jahrzehntelang verborgen blieben (vgl. Atkinson 1997, S. 1). Mitte der 1970er Jahre wurde begonnen, gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten eigene Darstellungen ihrer Lebensgeschichten zu erarbeiten (vgl. Atkinson&Walmsley 1999, S. 203).

Durch Life History Research ist es möglich individuelle Biografien und Lebensgeschichten unter der Kontrolle von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu erstellen (vgl. Westermann&Buchner 2008, S.136f). Die, in gewissen Abständen stattfindenden, Gespräche über die Lebensgeschichten der Personen werden aufgezeichnet (vgl. Atkinson 2004, S. 697). Die Aufgabe der Forscher*innen ist es, aktiv zuhören, das Erzählen zu fördern (vgl. Westermann & Buchner 2008, S. 138) und das erhobene Audiomaterial nach den Treffen zu transkribieren, zu ordnen bzw. chronologisieren und die konstruierten Narrative zu einer Lebensgeschichte zusammenzufügen (vgl. Atkinson 2004, S. 697). Die aufgeschriebene Geschichte wird der Person jeweils beim nächsten Treffen vorgelesen und bei Bedarf überarbeitet (vgl. Westermann & Buchner 2008, S. 138). Die erzählende Person hat das Besitzrecht über die gemeinsam erarbeitete Lebensgeschichte und bestimmt darüber, ob und wo diese publiziert wird (vgl. ebd.).

Bei Life History Research geht es darum, die persönlichen Erfahrungen und subjektive Bedeutungen von Menschen zu verstehen (vgl. Germeten 2013, S. 612). Forscher*innen untersuchen, wie Menschen über ihr Leben sprechen, ihre Erfahrungen, Lebensereignisse sowie ihren sozialen Kontext (vgl. ebd., S. 612). Da individuelle Erlebnisse immer in einem bestimmten Umfeld stattfinden, enthalten diese Narrative zugleich Geschichten über den sozialen und gesellschaftlichen Kontext sowie die politische Situation (vgl. ebd., S. 613).

Autobiographien haben das größte Potenzial zur Selbstdarstellung und können unterdrückten und machtlosen Menschen ermöglichen, für sich selbst zu sprechen (vgl. Atkinson&Walmsley 1999, S. 209). Durch das Erzählen ihrer eigenen Lebensgeschichte, können Menschen mehr Bewusstsein über ihre Vergangenheit erlangen (vgl. Atkinson 2004, S. 691f). Dabei können auch Erinnerungen an bereits vergessene Erfahrungen auftauchen, die zum besseren Verständnis der eigenen

Vergangenheit beitragen können (vgl. ebd., S. 696f). Dadurch können Empowermentprozesse angeregt werden (vgl. ebd., S. 691f). Der Erwerb von mehr Stärke und neuen Fähigkeiten kann dazu führen, dass Menschen ihr Leben aus einer anderen Sichtweise betrachten (vgl. ebd.). Die Darstellung der eigenen Geschichte kann das Selbstwertgefühl von Menschen mit Lernschwierigkeiten stärken, da sie sich als Inhaber*innen von historischem Wissen erleben (vgl. ebd., S.699).

3.1.2 Das problemzentrierte Interview

Beim Problemzentrierten Interview handelt es sich um eine offene und halbstrukturierte Befragung, die auf eine „möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen“ (Witzel 2000, S. 2) abzielt (vgl. ebd.). Dies soll erreicht werden, indem die Interviewsituation so gestaltet wird, dass Befragte möglichst frei zu Wort kommen können, diese gleichzeitig aber auf eine bestimmte Problemstellung zentriert ist (vgl. Mayring 2002, S. 67). Die Problemstellung wird vorab von der forschenden Person analysiert und der Interviewleitfaden den erarbeiteten Aspekten entsprechend zusammengestellt (vgl. ebd.). Das Problemzentrierte Interview lehnt sich an die Grounded Theory an und zeichnet sich dadurch aus, dass Erkenntnisse sowohl im Erhebungs- als auch im Auswertungsprozess gewonnen und in einem induktiv-deduktivem Wechselverhältnis organisiert werden (vgl. Witzel 2000, S. 3). Der Fokus liegt dabei auf einem Problem bzw. einer gesellschaftlichen Problemstellung, die vor dem Interview bereits analysiert wird (vgl. ebd.). Das methodische Vorgehen wird an die jeweiligen Anforderungen des untersuchten Gegenstandes angepasst (vgl. ebd., S. 3f). Der gesamte Forschungsprozess ist von einer Prozessorientierung gekennzeichnet (vgl. ebd., S. 4). Forschende sollten den Befragten während des gesamten Kommunikationsprozesses Sensibilität und Akzeptanz entgegenzubringen, damit sich ein Vertrauensverhältnis entwickeln kann (vgl. ebd., S. 4). Bei der Interpretation werden Problemhorizont und Datengenerierung prozesshaft und in wechselseitiger Kooperation zwischen Befragten und Forschenden entwickelt (vgl. ebd.). Auftauchende Widersprüche und Redundanzen können auf Missverständnisse hinweisen, die durch Nachfragen geklärt werden sollten (vgl. ebd.).

Bei der Durchführung der Interviews kommen Kurzfragebogen, Leitfaden, Tonaufzeichnung der Gespräche und das Postskriptum zum Einsatz (vgl. ebd., S. 5). Die Gestaltung der Gespräche erfolgt durch erzählungsgenerierende Strategien wie Gesprächseinstieg, allgemeine Sondierung und Ad-hoc-Fragen sowie verständnisgenerierende Strategien wie spezifische Sondierung durch zurückspiegeln, Verständnisfragen und Konfrontation (vgl. ebd.).

3.1.3 Interviewführung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten

Menschen mit Lernschwierigkeiten sollte in Interviewsituationen mit einem hohen Maß an Empathie, Spontanität und Sensibilität begegnet werden (vgl. Buchner 2008, S. 521). Die Interviews sollten an einem Platz durchgeführt werden, an dem sich die Interviewpersonen wohl fühlen und ungestört sind (vgl. ebd., S. 520). Die Ortswahl sollte den Interviewpersonen überlassen werden (vgl. ebd.). Die Teilnahme am Forschungsprozess hat vollkommen freiwillig zu erfolgen (vgl. ebd., S. 517). Bevor die potenziellen Interviewpartner*innen die Entscheidung über die Teilnahme am Forschungsprojekt treffen, sollten sie in einfacher und klarer Sprache ausführlich über dessen Absichten und Hintergründe sowie den Umgang mit den erhobenen Daten informiert werden (vgl. ebd., S. 517). Desweiteren sollte ihre Rolle sowie die der Forscher*innen im Forschungsprojekt, dessen Ablauf und Phasen geklärt werden (vgl. Koenig&Buchner 2011, S. 272f). Für die Entscheidungsfindung sollte ihnen ausreichend Zeit zugestanden werden (vgl. ebd., S. 273).

Interviews mit Menschen mit Lernschwierigkeiten sollten in einfacher und verständlicher Sprache geführt werden (vgl. Buchner 2008, S. 522). Hierbei wird empfohlen, kurze, vereinfachte Satzkonstruktionen zu verwenden, indem beispielsweise darauf geachtet wird Nebensätze, abstrakte Begriffe, Fachsprache oder doppelte Verneinungen zu vermeiden (vgl. Niediek 2016, o.S.). Als Anfangspunkt für das Interview wird die Wahl eines Themas empfohlen, das für die befragte Person von Relevanz ist (vgl. ebd.). Anstatt einen strikten Leitfaden abzuarbeiten, sollten Forschungspersonen die Fragen an den Gesprächsverlauf anpassen (vgl. Buchner 2008, S. 521). Erzählimpulse sollten keine persönlichen Details enthalten, damit die Befragten selbst entscheiden können, was sie preisgeben möchten (vgl. ebd., S. 521). Die Interviews sollten

offen gestaltet und Platz für mögliche auftauchende Aspekte bewahrt werden (vgl. ebd., S. 521). Der Einsatz von offenen Fragen kann die Erhebung von Relevanzsetzungen und Sichtweisen der Befragten ermöglichen (vgl. Niediek 2016, o.S.). Gleichzeitig könnten sie für Menschen mit Lernschwierigkeiten jedoch schwieriger zu beantworten sein, weil der Horizont der möglichen Antworten selbst bestimmt und eine eigene Formulierung gefunden werden muss (vgl. ebd.). Dies könnte dazu führen, dass offene Fragen nicht umfassend beantwortet werden (vgl. ebd.). Bei der Beantwortung der Fragen sollte genügend Zeit gelassen werden (vgl. Buchner 2008, S. 521). Es sollte darauf verzichtet werden, Antwortmöglichkeiten vorzugeben oder das Gespräch in eine bestimmte Richtung zu lenken (vgl. Niediek 2016, o.S.). Auch rasche inhaltliche Sprünge sollten vermieden werden (vgl. ebd.). Das Aufgreifen von Erzählungen durch Paraphrasieren kann bewirken, dass Aussagen strukturiert werden, sich die Person verstanden fühlt und die Selbstreflexion angeregt wird (vgl. ebd.). Dadurch kann die befragte Person unterstützt und zur Weiterführung eines Themas angeregt werden (vgl. ebd.). Um die Eignung eines Frageformats zu überprüfen bzw. dieses individuell anzupassen, wird empfohlen dieses vor einer Befragung zu testen (vgl. ebd.).

3.2 Auswertungsmethode

Da dem gesamten Forschungsprozess der Ansatz des Life History Research zugrunde liegt, orientierte sich die Datenauswertung an der konstruktivistischen Grounded Theory nach Kathy Charmaz. Dieses Vorgehen ist geeignet, da dabei das Verstehen der Handlungen und Bedeutungszusammenhänge der Forschungsteilnehmer*innen im Mittelpunkt steht (vgl. Charmaz 2017, S. 299). Es geht dabei vor allem darum, die Welt aus der Perspektive der Forschungsteilnehmer*innen zu sehen (vgl. Corbin 2011, S. 168). Da auch Life History Research das Ziel verfolgt, die persönlichen Erfahrungen und subjektiven Bedeutungen von Menschen zu verstehen (vgl. Germeten 2013, S. 612), lassen sich diese beiden Forschungsmethoden gut miteinander kombinieren.

Die Grounded Theory bietet einen guten methodischen Rahmen für dieses Forschungsprojekt, da es sich nicht um ein starres Verfahren, sondern vielmehr

um eine methodologisch begründete Sammlung von Konzepten für die Generierung von sozialwissenschaftlichen Theorien handelt (vgl. Strübing 2014, S. 2). Da die Forschungsdaten auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht werden (vgl. Mey&Bruck 2011, S. 15), sind Vergleiche zwischen den vier Interviews möglich. Basierend auf der Analyse von qualitativen Daten werden Theorien generiert (vgl. Charmaz 2017, S. 299). Dadurch soll die dieser Masterarbeit zugrunde liegende Forschungsfrage beantwortet werden.

3.2.1 Grounded Theory

Bei der Grounded Theory handelt es sich um einen „Forschungsstil zur Erarbeitung von in empirischen Daten gegründeten Theorien“ (Strübing 2014, S. 10), bei dem die Generierung und Analyse von Daten sowie die Bildung von Theorien gleichzeitig erfolgen und wechselseitig voneinander abhängig sind (vgl. ebd.). Das Verfahren zielt auf das Verstehen von Handlungen und Bedeutungszusammenhängen der Beforschten ab und generiert, basierend auf der Analyse von qualitativen Daten, Theorien (vgl. Charmaz 2017, S. 299). Die Grounded Theory wurde von den amerikanischen Soziologen Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss entwickelt und soll eine „regelgeleitete, kontrollierte und prüfbare „Entdeckung“ von Theorie aus Daten/Empirie“ (Mey&Bruck 2011, S. 11) ermöglichen. Der Forschungsstil differenzierte sich allmählich in unterschiedliche Richtungen aus, woran mehrere Personen beteiligt waren (vgl. ebd., S. 16). Als wichtigste Vertreterin eines konstruktivistischen Ansatzes gilt Kathy Charmaz, die seit Mitte der 1990er Jahre einen wesentlichen Beitrag zur Verbreitung der Grounded Theory geleistet hat (vgl. ebd., S. 18). Der Auffassung von Glaser und Strauss, dass sich die Entdeckung von Daten getrennt von den Forschenden vollziehe, stellt sie die Sichtweise gegenüber, dass weder die Daten noch Theorien entdeckt werden (vgl. Charmaz 2006, S. 10). Vielmehr begreift Charmaz die Forschenden als Teil der beforschten Welt und der in ihr gesammelten Daten (vgl. ebd.). Sie geht davon aus, dass die Vergangenheit sowie die gegenwärtige Eingebundenheit, zwischenmenschlichen Interaktionen, Perspektiven und Forschungspraktiken mit der Konstruktion von Theorien verflochten sind (vgl. ebd.). Eine theoretische Darstellung ist also kein Abbild des beforschten Gegenstandes, sondern eine interpretative Schilderung (vgl. ebd.). Corbin teilt die konstruktivistische Annahme, dass die

Untersuchungsergebnisse von Forscher*innen keine Nachbildungen der Wirklichkeit sind, sondern konstruierte Konzepte und Theorien über die gesammelten Daten, die wiederum Konstruktionen der Forschungsteilnehmer*innen sind (vgl. Corbin 2011, S. 167). Bei der Datenerhebung und -analyse sind daher mehrere Wirklichkeiten bzw. Sichtweisen zu berücksichtigen (vgl. ebd., S. 166). Die Bedeutungen, die die Teilnehmer*innen ihren Erfahrungen zuschreiben, ihre Sichtweisen darauf sowie die entwickelten Theorien der Forscher*innen sind Konstruktionen der Realität (vgl. Charmaz 2006, S. 10). Zentral sind daher nicht die Ereignisse selbst, sondern die jeweiligen Bedeutungen, die Menschen ihnen zuschreiben (vgl. Corbin 2011, S. 166). Bei der Datenanalyse geht es vor allem darum, die Welt aus der Perspektive der Forschungsteilnehmer*innen zu sehen (vgl. ebd., S. 168).

Die Kodierung der Daten sowie das Verfassen von Memos findet während des gesamten Forschungsprozesses statt (vgl. Charmaz 2017, S. 299f). Zuerst wird das Datenmaterial Zeile für Zeile kodiert (vgl. Charmaz 2006, S. 11). Durch das systematische Kodieren und vergleichende Analysieren der empirischen Daten werden Konzepte und Kategorien entwickelt (vgl. Strübing 2014, S. 16). Dabei werden die Daten sowie die auf ihnen basierenden Codes auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht (vgl. Mey&Bruck 2011, S. 15). Vergleichende Analysen zwischen den generierten Daten ermöglichen die Verfeinerung der aus dem Datenmaterial hervorgehenden Kategorien (vgl. Charmaz 2017, S. 300). Durch das Theoretical Sampling wird im Laufe der Theoriebildung die Auswahl von relevanten, neu zu erhebenden Daten, getroffen, bis eine theoretische Sättigung erreicht ist, die Erhebung von neuen Daten also zu keinen wesentlichen Erkenntnissen mehr führt (vgl. Mey&Bruck 2011, S. 15). Während dem gesamten Forschungsprozess ist der Erkenntnisfortschritt durch das Verfassen von Memos festzuhalten (vgl. ebd., S. 15). In Memos werden Daten verglichen, Ideen über die Codes festgehalten und die weitere Datenerhebung geplant (vgl. Charmaz 2006, S. 12). Den theoretischen Notizen über die Daten sowie den Verbindungen zwischen Konzepten und Theorien kommt eine wesentliche Bedeutung bei der Generierung von Theorien zu (vgl. Mey&Bruck 2011, S. 26). Durch das Schreiben der Memos werden Ideen weiterentwickelt (vgl. Charmaz 2006, S. 11). In der Dokumentation des fortschreitenden Wissensstandes können außerdem Lücken

identifiziert und sich herausbildende Theorien präzisiert werden (vgl. Mey&Bruck 2011, S. 26). Der beforschte Gegenstand und die Forschenden stehen dabei in einem dialektischen Wechselverhältnis und verändern einander gegenseitig (vgl. Strübing 2014, S. 11f). Die in diesem Forschungsprozess erarbeitete Theorie ist daher immer von der Dateninterpretation durch die Forschenden geprägt (vgl. ebd., S. 12). Das Ziel ist die Entstehung einer Grounded Theory, die in den Daten verankert ist (vgl. Mey&Bruck 2011, S. 16). Festgelegte Standards sind hierbei als Gütekriterien ungeeignet, stattdessen wird vorgeschlagen, die Güte des Forschungsprozesses und dessen Ergebnis an den „Kriterien der Glaubwürdigkeit, Plausibilität und Vertrauenswürdigkeit“ (ebd.) zu prüfen (vgl. ebd.).

3.3 Zugang zum Forschungsfeld

Der Zugang zu den Interviewpersonen erfolgte über meine berufliche Tätigkeit. Seit etwa vier Jahren begleite ich vier junge Menschen, die aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen einen hohen Unterstützungsbedarf haben. Die Interviewpartner*innen sind zwischen 21 und 28 Jahren alt und leben gemeinsam in einer intensiv betreuten Klein-WG, da sie bei der Bewältigung ihres Alltags viel Unterstützung benötigen.

Die Personen wurden persönlich in Einzelgesprächen ausführlich über das Forschungsprojekt sowie dessen Absichten und Hintergründe informiert und gebeten, in Ruhe darüber nachzudenken, ob sie daran teilnehmen wollen. Sie wurden auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Absage keinerlei negative Konsequenzen für sie hat. Alle vier Personen reagierten begeistert und erklärten sich hierfür sofort freudig bereit. Es wurde trotzdem eine Frist von einer Woche vereinbart, in der sie noch einmal in Ruhe über ihre Entscheidung nachdenken konnten. Da nach Ablauf der Frist weiterhin bei allen Personen großes Interesse an der Teilnahme bestand, wurden Termine für die einzelnen Interviews vereinbart.

3.4 Forschungsethische Aspekte

In der empirischen Sozialforschung sind in jeder Phase eines Forschungsprozesses forschungsethische Fragen zu klären, die auf das Leben anderer Menschen Auswirkungen haben können (vgl. Unger 2014, S. 16). Dies gilt von der Themenwahl und Zielsetzung, der Datenerhebung und -auswertung bis zur Publikation von Forschungsergebnissen (vgl. ebd.). Dazu gehört die Abwägung von Risiken für die befragten Personen bzw. Maßnahmen zur Schadensvermeidung, der Schutz der Privatsphäre durch Vertraulichkeit im Umgang mit den erhobenen Daten und die Wahrung der Anonymität der befragten Personen (vgl. ebd., S. 24). Während des gesamten Forschungsprozesses ist darauf zu achten, dass die Teilnehmenden von der Mitwirkung profitieren und keinerlei Nachteile davontragen (vgl. Buchner 2008, S. 516). Die Forschung muss auf Freiwilligkeit und einem informierten Einverständnis beruhen (vgl. Unger 2014, S. 26). Durch die informierte Zustimmung soll der ethisch verantwortungsvolle Umgang mit den Forschungsteilnehmer*innen gesichert werden (vgl. Koenig&Buchner 2011, S. 272). Diese hat vollkommen freiwillig zu erfolgen und sollte im Laufe des Forschungsprozesses immer wieder eingeholt werden sollte (vgl. Buchner 2008, S. 517). Problematisch kann es sein, wenn die Gewinnung von Forschungsteilnehmer*innen über sogenannte „Gatekeeper“ erfolgt, da diese häufig im Interesse der Organisation agieren und die potenziellen Teilnehmer*innen dementsprechend auswählen (vgl. Koenig&Buchner 2011, S. 272). Dazu kommt, dass durch das institutionelle Machtverhältnis eine Abhängigkeit zwischen Nutzer*innen und Unterstützer*innen bestehen kann, und die Nutzer*innen sich den Erwartungen des Personals entsprechend verhalten (vgl. Buchner 2008, S. 219). Dies kann im Hinblick auf die Gewinnung von Interviewpersonen insofern problematisch sein, als sich Personen aufgrund der sozialen Erwünschtheit für ein Interview bereit erklären können, obwohl sie dies eigentlich nicht möchten (vgl. ebd.).

Um Transparenz zu gewährleisten, sollten die Forschungsteilnehmer*innen in jeder Phase über den aktuellen Stand sowie das weitere Vorgehen informiert werden und ihnen der Zugang zu adäquat aufbereiteten Forschungsergebnissen ermöglicht werden (vgl. Koenig&Buchner 2011, S. 273). Die erhobenen Daten

sowie deren Auswertung sollte mit den befragten Personen validiert werden (vgl. Buchner 2008, S. 252). Dadurch können neue Perspektiven eröffnet und Empowermentprozesse angeregt werden (vgl. Koenig&Buchner 2011, S. 272f).

4 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews in Leichter Sprache dargestellt. Diese Darstellungsform wurde einerseits gewählt, um Transparenz zu gewährleisten und den Interviewpersonen den Zugang zu Forschungsergebnissen zu ermöglichen, und andererseits, um bei der Validierung der ausgewerteten Daten mit den befragten Personen Verständnisprobleme und Missverständnisse vorzubeugen. Die Länge der folgenden Ausarbeitungen variiert aufgrund der unterschiedlichen Erzählbereitschaft der einzelnen Personen.

Damit die Darstellungen authentisch bleiben, wurde bei der Ausformulierung auf die Nähe zur Sprache der Personen geachtet. Die Interviewpersonen verwendeten in ihren Erzählungen bei Personenbezeichnungen meist nur die männliche Form. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wurde in den folgenden Darstellungen in Leichter Sprache ausnahmsweise auf die Verwendung des Gendersternchens, die Nennung aller Geschlechter sowie geschlechtsneutrale Begriffe verzichtet. Gewählte männliche Formen wie „Betreuer“, „Mitbewohner“ oder „Mitschüler“ beziehen sich in diesem Kapitel immer zugleich auf Personen aller Geschlechter.

Die kodierten und chronologisch geordneten Narrative spiegeln die Sichtweisen der Interviewpersonen wieder. Die Darstellungen erheben jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Namen sowie genaue Ortsangaben wurden geändert, um die Anonymität zu gewährleisten.

Da die Ergebnisse in diesem Kapitel nicht anhand der gebildeten Kategorien dargestellt werden, sondern die anhand der Interviewdaten gebildeten Narrative, dem Vorgehen des Life History Research entsprechend, chronologisch geordnet und zu Geschichten zusammengefügt wurden, wird zunächst demonstriert, wie bei der Interviewauswertung vorgegangen wurde und das in diesem Prozess gebildete Kategoriensystem vorgestellt. Im Anschluss erfolgt eine Darstellung der Interviewergebnisse in Leichter Sprache.

4.1 Datenauswertung

Um einen Überblick über das Interviewmaterial und die darin enthaltenen Themen zu bekommen, wurden im ersten Schritt die Transkripte der Interviews Zeile für Zeile kodiert. In diesem Prozess wurden die Aussagen in etwas gekürzter Form zusammengefasst. Dabei wurde darauf geachtet, nahe an der Sprache der Interviewpersonen zu bleiben, um eine authentische Darstellung zu gewährleisten und die Gefahr von Verzerrungen zu verringern. Bei diesem Vorgang entstanden insgesamt 698 Kodes. Da in den problemzentrierten Interviews auch Aussagen über die Lebensgeschichten getätigt wurden, wurden die übergeordneten Kernkategorien ‚Lebensgeschichte‘ und ‚Selbstfürsorge‘ gebildet, um die Interviewdaten thematisch zu ordnen. Der Kernkategorie ‚Lebensgeschichte‘ wurden 378 Kodes, der Kernkategorie ‚Selbstfürsorge‘ 320 Kodes zugeordnet. Zusammengehörige Kodes wurden zu Kodefamilien zusammengefasst. Anschließend wurden, basierend auf den einzelnen Kodes und Kodefamilien Subkategorien gebildet, die wiederum unterschiedlichen Hauptkategorien zugeordnet wurden. Manche Kodefamilien wurden dabei zwei Subkategorien zugeordnet. Eine Subkategorie wurde aufgrund der themenübergreifenden Thematik zwei Hauptkategorien zugeordnet.

Im Folgenden wird ein Überblick über das entwickelte Kategoriensystem gegeben, indem die beiden Kernkategorien mit den ihnen jeweils zugeordneten Haupt- und Subkategorien dargestellt werden.

Im Hinblick auf die Kernkategorie ‚Lebensgeschichte‘ ergaben sich folgende Haupt- und Subkategorien:

1. *Wohnbiografie*

- Fremdunterbringung
- Elternhaus

2. *Schwierige Familienverhältnisse*

- Gewalterfahrungen
- Vernachlässigung

3. *Belastende Erlebnisse*

- Häusliche Gewalt

4. *Herkunftsfamilie*

- Verhältnis zu Eltern
- Familie

5. *Schule*

- Lernschwierigkeiten
- Überforderung
- Erfolge

6. *Psychische Beeinträchtigungen*

- ADHS
- „schlechtes Benehmen“
- „Auszucker“

7. *Arbeit*

- Arbeitsstellen
- Arbeitszufriedenheit
- Arbeitsbezogene Wünsche

8. *Zukunftspläne*

- eigene Wohnung

9. *Soziale Beziehungen*

Der Kernkategorie ‚Selbstfürsorge‘ wurden folgende Hauptkategorien bzw. Subkategorien zugeordnet:

1. *Persönliche Selbstfürsorge*

- Selbstfürsorgestrategien
- Körperliche Bewegung
- Ernährung

- Destruktive Selbstfürsorgestrategien

2. *Gesundheit*

- Gesundheitsempfinden
- Stellenwert Gesundheit
- Gesundheitliches Risikoverhalten
- Gesundheitswissen
- Gesundheitliche Beeinträchtigungen

3. *Unterstützung*

- Unterstützung bei der Gesundheitsförderung
- Unterstützung bei psychischen Krisen

4.2 Interviewperson 1 (I1)

4.2.1 Lebensgeschichte

I1 ist im Jahr 2000 geboren und hat die ersten fünf Jahre bei seinen Eltern gewohnt. Beide Eltern haben gearbeitet. Seine Mutter verdiente ihr Geld mit Putzen, sein Vater arbeitete in einer Firma. Als Kind hat I1 ständig Streitigkeiten seiner Eltern miterleben müssen, weshalb die Stimmung zuhause meistens sehr schlecht war. Weil seine Eltern so viel gestritten haben, ist er mit fünf Jahren in eine WG gezogen. Soweit er weiß, hat das damals das Jugendamt so entschieden. Außerdem glaubt er, dass man in eine WG ziehen muss, wenn man ADHS hat und er daher sowieso wegziehen hätte müssen. I1 hat nämlich ADHS von seiner Mutter geerbt. Auch sein Bruder hat ADHS, weshalb er schon sehr früh in eine WG gekommen ist. Seine Mutter hat ein Buch über ADHS, in dem steht, dass Burschen häufiger ADHS haben, als Mädchen. Wenn man ADHS hat, ist man unruhig und muss Tabletten nehmen. Trotzdem hat seine Mutter noch nie Tabletten genommen. I1 findet, dass das ein Problem ist. Er glaubt, dass er wegen seinem ADHS Unterstützung von Betreuer*innen braucht. Wie genau das funktioniert, wenn man in eine WG ziehen muss, weiß I1 aber nicht. Es interessiert ihn sehr, weshalb er in eine WG ziehen musste, deshalb möchte er unbedingt einmal seine Mutter danach fragen.

I1 hat sehr lange in der ersten WG gewohnt und fand die Zeit dort recht schön. Er findet zwar, dass er wirklich noch sehr klein war, als er von seinen Eltern weggezogen ist. Es ist aber okay für ihn, dass er in eine WG gekommen ist. Denn obwohl I1 nicht mehr bei seinen Eltern gewohnt hat, hat er sie oft gesehen und wurde regelmäßig von ihnen geholt.

I1 ist nach dem Kindergarten in eine Volksschule gekommen. Weil er dort mit dem Lernen und den vielen Mitschülern überfordert war, wechselte er in eine Sonderschule, gleich bei seinem Wohnheim. I1 fand die Schulzeit schön. Seine Lieblingsfächer waren Schreiben, Rechnen und Turnen. Nach der Schule hat I1 bei einem Verein zu arbeiten begonnen. Dort hat er zuerst in der Holzgruppe, dann in der Keramikgruppe und anschließend in der Ganggruppe gearbeitet. Jetzt gerade arbeitet er in der Hauswirtschaftsgruppe. Dort gefällt es ihm aber nicht so gut, weil er Tische abwischen und Essen wegräumen muss. Außerdem stört es ihn, dass

das Taschengeld von der Arbeit auf das Konto seiner Erwachsenenvertreterin kommt. Das möchte er unbedingt ändern. Er will das Taschengeld von der Arbeit endlich auf die Hand ausbezahlt bekommen. I1 würde lieber wieder in der Holzgruppe arbeiten, weil ihm die Arbeit dort besser gefällt. Außerdem versteht er sich mit den Leuten dort so gut. Leider ist dort zurzeit aber kein Platz frei. Vor etwa einem Jahr war I1 deshalb bei einem anderen Träger schnuppern. Dort hat es ihm aber nicht gefallen. Obwohl ihm seine Arbeit nicht so gut gefällt, möchte er sich in nächster Zeit aber nichts Neues anschauen. Er hat Angst, dass die Leute dort nicht nett sind. Außerdem redet er nicht gerne mit fremden Menschen. Irgendetwas möchte I1 aber an seiner Arbeit ändern. Was genau, muss aber erst herausfinden.

Mit 17 Jahren musste I1 in eine andere WG ziehen. In seiner damaligen WG darf man nämlich nur bleiben, bis man 18 ist. In der neuen WG wohnte er aber nur ganz kurz, weil er es dort gar nicht ausgehalten hat. Er fand die Betreuer dort sehr komisch, weil sie nicht wollten, dass er das Taschengeld von der Arbeit direkt ausbezahlt bekommt. Sie meinten, dass er sein ganzes Geld für Süßigkeiten ausgeben würde. I1 findet aber, dass das nicht stimmt. Es ärgerte ihn sehr, dass er nicht selbst bestimmen konnte, wo sein Taschengeld hinkommt. Seine Eltern fanden die Betreuer auch sehr komisch. I1 ist froh, dass er dort bald wieder ausziehen konnte. Danach ist er in seine aktuelle WG gezogen. Hier wohnt er nun seit etwa drei Jahren. I1 mag seine Mitbewohner und Betreuer sehr gerne. Nur die Krisen einer Mitbewohnerin findet er oft nervig.

I1 Eltern haben sich inzwischen getrennt. Manchmal haben die beiden noch Kontakt, dann streiten sie aber oft. Die Mutter hat jetzt eine eigene Wohnung und der Vater wohnt bei seiner neuen Freundin, außerhalb von Wien. Seine neue Freundin hat einen kleinen Sohn, auf den sie nicht allein schauen kann. Deshalb hilft ihr sein Papa dabei. Weil die neue Freundin jedoch keinen Kontakt zu I1 möchte, sieht er seinen Papa jetzt nicht mehr so oft. Trotzdem findet er, dass er eine gute Beziehung zu seinen Eltern hat. Es ist ihm sehr wichtig, was sie über ihn denken. Seine Mutter hat I1 schon oft gesagt, dass es ihr nie so gut gegangen ist wie ihm. Sie findet, dass sie sich viel besser um I1 kümmert, als ihre Mutter das für sie getan hat. Seine Mutter ist in vier verschiedenen Heimen aufgewachsen, weil sich ihre Mutter nicht gut um sie gekümmert hat und gestorben ist, als sie 14

Jahre alt war.

I1 möchte vielleicht einmal eine eigene Wohnung haben. Jetzt kann er sich das aber noch nicht vorstellen. Er findet, dass er dafür noch viel lernen muss. Sonst hat er noch keine Pläne für seine Zukunft.

4.2.2 Über die Bedeutung von Selbstfürsorge

I1 fühlt sich gesund und findet, dass er sich gut um sich selbst kümmert. Es ist ihm wichtig, dass er gesund bleibt. Deshalb schaut er auf sich und tut auch selbst etwas dafür, dass es ihm und seinem Körper gut geht. I1 weiß, was ihm hilft, wenn es ihm nicht so gut geht. Wenn er krank ist, geht er ins Bett und ruht sich aus. Wenn er schlecht gelaunt ist, hilft es ihm, Playstation zu spielen oder fernzusehen.

I1 findet gesunde Ernährung sehr wichtig, weshalb er sich halbwegs gesund ernährt. Er weiß, dass es gesund ist viel Obst und Gemüse zu essen. Deshalb ist er immer ein bisschen Salat, obwohl er ihn eigentlich nicht so mag. Er weiß auch, dass Nüsse gesund für das Gehirn und Karotten wichtig für die Augen sind. Wurst und Zucker findet er nicht so gesund. Deshalb trinkt er nicht nur Getränke mit viel Zucker, sondern auch genug Wasser. Noch ungesünder findet er Mayonnaise, weil sie aus purem Fett besteht.

I1 hat keine Lust selbst für sich zu kochen. Manchmal hilft er aber in der WG beim Kochen mit. Für sich selbst kauft er lieber Fertiggerichte. I1 glaubt, dass er das von seinem Vater hat. Sein Vater hat sich nämlich nie fürs Kochen interessiert und lieber Fertiggerichte gekauft. Eigentlich findet I1 das aber nicht gut, deshalb möchte er selbst einmal besser kochen lernen. I1 findet, dass seine Oma sehr gut kochen konnte. Er möchte unbedingt einmal lernen, wie seine Oma Truthahn mit Rotkraut zu kochen.

I1 findet, dass er viel über Gesundheit weiß. Er weiß, dass Sport, gute Ernährung und weniger Süßigkeiten gesund sind. Deshalb isst er jetzt weniger Süßigkeiten. Er ist froh, dass ihm das so leichtfällt. Auch Bewegung ist ihm sehr wichtig. Er geht gerne spazieren und fährt viel mit dem Rad. Früher war er ein paar Mal mit seinem Bruder in einem Fitnessstudio. Das hat ihm sehr gut gefallen. Er findet es schade, dass er nun nicht mehr hingehen kann.

Während dem ersten Lockdown hat I1 viel zugenommen, weil er sich wenig bewegt und viel genascht hat. Er hat 90 Kilo gewogen und findet, dass das viel zu viel war

und nicht gesund ist. Das Übergewicht hat ihn sehr gestört und er hat sich damit gar nicht gut gefühlt. Er hat schwerer geatmet und Stiegensteigen war viel anstrengender für ihn. Am meisten hat I1 gestört, dass es seiner Mutter nicht gefallen hat, dass er so viel zugenommen hat. Es ist ihm nämlich sehr wichtig, was seine Eltern über ihn denken. I1 hat es geschafft abzunehmen, indem er sich mehr bewegt und weniger Süßigkeiten gegessen hat. Er fühlt sich jetzt wieder viel besser.

I1 hat mit 16 Jahren zu rauchen begonnen. Er hat sich damals von einer ehemaligen Mitbewohnerin zum Rauchen verleiten lassen. Nach seiner ersten Zigarette hat er sich nicht gut gefühlt. Dann hat er sich aber doch an das Rauchen gewöhnt und ist süchtig geworden. Jetzt braucht I1 die Zigaretten, damit es ihm gut geht. Er möchte aber einmal damit aufhören, weil es sehr schlecht für die Gesundheit ist. Das Aufhören findet er aber sehr schwer. Seine Mutter ist ein Vorbild für ihn, weil sie es mit 32 Jahren geschafft hat aufzuhören. Sein Vater hat nie geraucht, was er sehr gut findet.

I1 hat von seinen Eltern viel über Gesundheit gelernt. Vor allem seine Mutter hat ihm viel erzählt. Von Betreuern hat er vor allem über gesunde Ernährung viel gelernt.

I1 möchte, dass ihn Betreuer unterstützen etwas für seine Gesundheit zu tun. Zum Beispiel möchte er für gesunde Ernährung motiviert werden. Eigentlich mag er Salat nicht so gerne. Er ist aber froh, dass ihn Betreuer damit nerven, ein bisschen Salat zu essen, weil er ihn sehr gesund findet. I1 möchte mehr darüber lernen, was er selbst tun kann, damit es ihm gut geht. Er freut sich, dass es in der WG bald einen Workshop über gesunde Ernährung geben wird. Er hat aber auch ein bisschen Angst, dass die Ernährungsberaterin ihm verbietet, ungesunde Sachen zu essen.

4.2.3 Rahmenbedingungen des Interviews

Das Interview fand am 21.8.2021 am Vormittag auf Wunsch der Interviewperson in einem Café nahe der Wohngemeinschaft statt und dauerte 44 Minuten.

4.3 Interviewperson 2 (I2)

4.3.1 Lebensgeschichte

I2 ist 1998 auf die Welt gekommen und hat zuerst ein paar Jahre bei ihrer Mama gewohnt. Ihren Vater hat sie nie kennen gelernt. Nach dem Kindergarten, wo es ihr gut gefallen hat, ist sie in die Volksschule gekommen. Am Nachmittag war sie oft im Hort. I2 erinnert sich aber nicht gerne an ihre Schulzeit. Sie fand die Zeit gar nicht schön, weil sie eines Tages einfach von der Schule abgeholt und ins Krisenzentrum gebracht wurde. Sie glaubt, dass sie von ihrer Mama weggenommen wurde, weil sie zuhause immer sehr viel gestritten haben. Außerdem gab es einen Herrn, der ihre Mama oft geschlagen hat. I2 kann sich nicht erinnern, dass der Herr auch sie einmal geschlagen hätte. Sie weiß aber noch gut, wie er ihre Stoffente geköpft hat. Weil ihre Mama keinen braunen Faden hatte, hat sie den braunen Hals mit einem weißen Faden wieder zusammengenäht. Wenn sie die Naht anschaut, erinnert sie sich immer an dieses schlimme Erlebnis. I2 fand den Herrn sehr gemein und komisch. Sie hat sich immer gewünscht, dass ihr Kater den Herrn beißt. Als ihr Kater ihm einmal einen fetten Kratzer verpasst hatte, hat sie sich sehr gefreut. Sie kann sich erinnern, dass wegen dem Herrn öfter die Polizei gerufen wurde. Die Polizei hat den Herrn jedes Mal weggeschickt. Obwohl er Annäherungsverbot bekommen hat, ist er aber immer wieder gekommen und wollte Zigaretten, Essen und Geld haben. I2 sehr froh, dass der Herr dann ins Gefängnis gekommen ist. Der Herr sagte aber, dass er I2 und ihre Mutter schlagen wird, wenn er wieder aus dem Gefängnis rauskommt. I2 hofft, dass er das inzwischen vergessen hat. Sie hat sich aber fest vorgenommen, ihm mit einem Schnitzelklopfer auf den Schädel zu schlagen, wenn er ihr oder ihrer Mama etwas antut.

Die Zeit im Krisenzentrum fand I2 sehr schlimm, weil sie ihre Mama lange nicht sehen durfte. Nach dem Krisenzentrum ist sie in eine Zweier-WG gekommen. Dort gab es einen großen Garten und eine Betreuerin, mit der sie jetzt noch manchmal Kontakt hat. Die Betreuerin ist ihr sehr wichtig geworden. Einmal war sie sogar gemeinsam mit ihr und ihrer Mama auf Urlaub. Die Zeit in dieser WG fand sie trotzdem nicht schön, weil sie dort so viel Streit mit den Betreuern hatte. Deshalb ist sie bald in eine andere WG gekommen, an die sie sich aber fast nicht mehr

erinnern kann. Weil es ihr nicht gut gegangen ist, ist sie dann in eine Psychiatrie in Wien gekommen. Dort ist oft eine Dame zu Besuch gekommen, die mit ihr UNO spielen wollte. I2 wollte die Besuche aber nicht und hat der Dame das auch gesagt. Weil die Dame nicht gehen wollte, hat I2 ihr einmal Kakao drüber geleert. I2 war froh, als sie aus der Psychiatrie rausgekommen ist. Es war aber sehr schlimm für sie, dass sie danach wie ein Paket ins Burgenland geschickt wurde. Die Fahrt hat ewig gedauert. Dort ist sie in eine WG gekommen. Sie fand Leute in der WG gar nicht nett. Am schlimmsten war für sie, dass sie ihre Mutter mindestens einen Monat nicht sehen durfte. Weil es dort weder Bus noch Zug gab und der Weg zu Fuß zu weit war, konnte sie nicht einmal weglaufen. Als sie ihre Mutter endlich wieder sehen durfte, wollte sie gar nicht mehr zurück in die WG. Weil sie unbedingt weg von der WG wollte, hat sie sich nicht gut benommen. Sie hat deswegen oft Zimmerarrest bekommen und wurde dann in eine Psychiatrie nach Graz geschickt. An diese Zeit hat sie sehr schlimme Erinnerungen. Dort gab es niemanden, der sie mochte und die Leute dort waren sehr unfreundlich zu ihr. Nach ein paar Wochen in der Psychiatrie ist I2 wieder zu ihrer Mutter gezogen. Danach ist sie wieder in eine WG in Wien gekommen. Warum sie dann wieder von ihrer Mama weggeschickt wurde, weiß sie nicht. Es gab zwar oft Streit, aber der komische Herr war zu dieser Zeit ja schon im Gefängnis. An die WG, in der sie dann war, kann sie sich kaum erinnern. Sie hat aber keine guten Erinnerungen daran.

I2 musste in der vierten Klasse von der Volksschule in eine Sonderschule wechseln, weil sie sitzen geblieben ist und sich nicht gut verhalten hat. Sie ist oft weggelaufen, hat genervt und nie Turnsachen mitgebracht. Wegen ihrem schlechten Benehmen musste sie viermal die Hausordnung abschreiben. I2 fand die Volksschule nicht gut. Das Abschreiben der Hausordnung war ihr zu viel, weil es sehr lange gedauert hat. I2 hat es in der Sonderschule viel besser gefallen als in der Volksschule. Bei Schularbeiten war sie aber sehr schlecht, weil sie nie gelernt hat. Sie hat immer versucht, ohne lernen durchzukommen. Das hat sie aber nie bereut. Sie fand es gut, dass sie in Mathematik trotzdem in der dritten Leistungsgruppe war. I2 hat nämlich einmal die Schularbeiten der ersten Leistungsgruppe gesehen und fand sie sehr schwer. Nicht so gut fand sie, dass sie in Deutsch im Sonderschul-Lehrplan war und trotzdem fast einen Fünfer

bekommen hätte. Einen Fünfer hatte sie nämlich schon in Englisch. Weil sie sonst zu viele Fünfer gehabt hätte, hat sie deshalb einmal viel für die Deutsch-Schularbeit geübt. So hat sie einen Zweier geschafft hat und ist durchgekommen. I2 ist dann aber nicht bis zum Schluss in der Schule geblieben. Sie erinnert sich, dass sie zuhause weiter gemacht hatte. Wieso, weiß sie nicht mehr. I2 ist sehr stolz auf ihre Gewinne beim Sport. Beim Tischtennisturnier in der Sonderschule ist sie Vierte geworden und hat einen Pokal gewonnen. Beim Wettrutschen ist sie einmal Erste geworden.

Nach der Schule hat I2 zu arbeiten begonnen. Sie kann sich aber nicht mehr an ihre erste Arbeit erinnern und möchte unbedingt herausfinden, wo das war. In ihrer aktuellen Arbeit ist sie schon sehr lange. Dort geht sie viel spazieren, spielt oft UNO und stickt gerade einen Kuschelpolster. Sie findet ihre Arbeit ganz okay. Es gibt dort aber einige Arbeitskollegen, die sie sehr nervig und uninteressant findet. Deshalb hat sie vor zwei Jahren die Arbeit gewechselt. Dort war sie aber nur kurz, weil ihr die Holzarbeiten und das Kochen dort nicht gefallen haben. Außerdem gab es eine Betreuerin, die sie sehr nervig fand. I2 hat die Betreuerin deshalb manchmal „Ananas“ genannt, worüber sie sich sehr ärgerte. Wenn I2 das gemacht hat, hat sie Ärger und fünfzig Cent Geldabzug vom Taschengeld bekommen. Sie hat aber immer gesagt, dass ihr das egal ist. Wenn sie nicht an der Morgenrunde teilgenommen hat, wurde ihr auch Geld abgezogen. I2 fand die Betreuer dort sehr streng. Sie konnte sich kaum ausruhen und fand die Arbeiten sehr anstrengend. Außerdem fand sie dort alles sehr chaotisch. Sie vermutet, dass das auch damit zusammenhängt, dass der Standort gerade neu eröffnet wurde. Da es I2 sehr wichtig ist, einen genauen Plan für den Tag zu haben, war das sehr schwierig für sie. Nach ein paar Wochen hat I2 wieder in ihre alte Arbeit gewechselt, weil dort gerade ein Platz frei war. Ein bisschen möchte sie noch dortbleiben, für immer möchte sie das aber nicht. Sie möchte unbedingt einmal eine andere Arbeit haben und interessiert sich vor allem für einen bestimmten Verein. Sie hat aber gehört, dass es dort sehr schwer ist. Ein Betreuer hat ihr erzählt, dass man dort durcharbeiten muss und keine längeren Pausen machen darf. Am schwierigsten findet sie, dass man sofort weggeschickt wird, wenn man sich nicht gut benimmt. Das weiß sie, weil sie dort schon einmal einen Schnuppertag gehabt hat. Weil sie andere gehaut und geschimpft hat, musste sie

sofort gehen und durfte nicht mehr kommen.

Seit etwa fünf Jahren wohnt I2 in ihrer aktuellen WG. Davor hat sie noch mindestens in einer anderen WG gewohnt, wo es ihr nicht gefallen hat. In ihrer jetzigen WG gefällt es ihr aber sehr gut. Sie hat das Gefühl, dass sie die Betreuer hier wirklich mögen. Sie ist froh, dass sie hierbleiben kann, obwohl sie sich oft nicht gut benimmt. Wenn es ihr nicht gut geht und sie jemanden schimpft oder haut, wird sie manchmal mit der Rettung oder Polizei ins Krankenhaus gebracht. Danach kann sie aber wieder in die WG kommen und die Betreuer freuen sich, dass sie wieder da ist. Am liebsten möchte sie für immer hier wohnen.

I2 mag ihre Mama sehr gerne. Sie findet es aber sehr anstrengend, dass sie so oft streiten. Es nervt sie oft, dass ihre Mama im Kopf manchmal wie ein Kind ist. I2 erinnert sich, dass sie ihre Mama vor ein paar Jahren eine Zeit lang nicht besuchen durfte. Ihre Mama ist damals immer bei einer Nachbarin gewesen, die ihr eingeredet hat, dass I2 nicht zu ihr kommen darf. I2 findet, dass diese Nachbarin der „deppatste Ungustl“ ist, den sie kennt. Sie kann daher verstehen, dass sich ihre Mama von ihr einschüchtern lassen hat. Ihre Mama hat nun aber zum Glück keinen Kontakt mehr zu der Nachbarin, weshalb I2 sie jetzt wieder jederzeit besuchen kann.

4.3.2 Über die Bedeutung von Selbstfürsorge

I2 fühlt sich gesund und findet Gesundheit sehr wichtig. Sie ist sich aber nicht sicher, ob sie viel darüber weiß, was sie selbst dafür tun kann. Sie kennt aber einige Dinge, die sie selbst tun kann, damit sie sich besser fühlt. Wenn es ihr nicht gut geht, hilft es ihr am meisten, wenn Betreuer für sie da sind. Sehr hilfreich findet sie es, ihre Emotionskarten anzuschauen und mit Betreuern darüber zu reden, was sie gerade fühlt. Oft hilft es ihr auch eines ihrer Stofftiere zu kuscheln. Am liebsten mag sie ihren Shrek. Wenn sie nach der Arbeit schlecht gelaunt ist, nimmt sie oft den längeren Weg heim und hört Musik. Denn im Bus findet sie es schön ruhig. Sie sitzt dort meistens am selben Platz gegen die Fahrtrichtung. Sehr gut hilft es ihr auch, an Lavendelöl zu riechen. Sie lässt sich dann oft einen Verband mit ein paar Tropfen Lavendelöl an ihr Handgelenk binden, damit sie daran riechen kann. Außerdem tut es ihr dann gut, sich ins Bett zu legen und sich mit ihrer Therapiedecke zuzudecken. Manchmal hilft ihr auch ein Spaziergang,

eine Radtour, ein paar Lieder lang am Hometrainer radeln oder duschen. Ab und zu schaut sie auch einen Film oder spielt ein Spiel auf ihrer Playstation oder Wii. Manchmal wird I2 alles zu viel. Es ist ihr wichtig, dass sie sich dann zurückziehen und Pause machen kann. Manchmal geht sie dann in ihr Zimmer und hört Musik oder nimmt ihr Bedarfsmedikament.

I2 geht abends früh ins Bett, damit sie genug schläft und am nächsten Tag ausgeschlafen ist. Sie weiß, dass sie oft schlecht gelaunt ist, wenn sie zu wenig geschlafen hat. Zum Einschlafen hört sie gerne Hörbücher, schaut Filme oder Youtube-Videos. Das hilft ihr zu entspannen.

Seit etwa zwei Jahren hat I2 einen Fragebogen, den sie jeden Abend mit einem Betreuer ausfüllt. Sie findet, dass ihr der Fragebogen guttut, und würde ihn nie auslassen. Sie redet gerne darüber, wie es ihr an dem Tag gegangen ist. Der Fragebogen hilft I2 sich selbst zu verstehen. Sie hat dadurch schon viel über ihre Gefühle gelernt. Früher, als sie noch keinen Fragebogen hatte, war das nicht so. Einmal in der Woche geht I2 zu ihrer Therapeutin. Sie findet ihre Therapeutin sehr nett und die Gespräche mit ihr helfen ihr.

Wenn es I2 nicht gut geht, tut sie sich manchmal selbst weh. Dann schneidet sie sich selbst zum Beispiel mit einem Messer oder Scherben. Manchmal geht es ihr danach besser. Sie findet aber, dass das ihrem Körper nicht guttut. Manchmal hilft es ihr dann auch Süßigkeiten zu essen. Sie findet aber, dass Süßigkeiten gar nicht gesund sind und möchte deshalb weniger davon essen. I2 findet gesunde Ernährung nämlich eigentlich sehr wichtig. Trotzdem ernährt sie sich nicht sehr gesund. Sie schafft es oft nicht, gesund zu essen, weil sie so oft Lust auf ungesundes Essen hat. Vor allem mit Süßigkeiten tut sie sich schwer. Manchmal schafft I2 es aber, gesund zu essen. Sie möchte es in der Zukunft noch besser schaffen. I2 findet, dass sie schon viel über gesundes Essen weiß. Sie hat gelernt, dass vor allem Obst und Gemüse sehr gesund sind. Deshalb ist sie stolz darauf, dass sie sich heute noch keine Süßigkeiten gekauft hat. Stattdessen hat sie sich Himbeeren gekauft. Obwohl sie schon viel über gesunde Ernährung weiß, möchte sie noch mehr darüber lernen. I2 möchte nämlich abnehmen, damit sie sich coolere Kleidungsstücke kaufen kann. Sie findet, dass weniger Gewicht gesünder und besser wäre. Und es nervt sie, dass ihr cooles Gewand fast nie passt. Deshalb möchte sie unbedingt mehr darüber lernen, wie sie abnehmen kann. Sie freut sich,

dass es in der WG bald einen Workshop über gesunde Ernährung geben wird. Zuerst hatte sie aber Angst, dass die Ernährungsberaterin ungesundes Essen ganz verbietet. Sie ist froh, dass die Ernährungsberaterin gar nichts von Verboten hält. I2 trinkt in letzter Zeit fast gar nichts. Sie vergisst aufs Trinken, weil sie fast nie durstig ist. Außerdem glaubt sie, dass ihr Körper kein Wasser braucht, wenn sie keinen Durst hat. I2 hat schon einmal gehört, dass es wichtig ist genug zu trinken. Wieso genau, weiß sie aber nicht. Darum ist es ihr auch nicht so wichtig, mehr aufs Trinken zu schauen.

I2 macht gerne Sport und findet, dass ihr Bewegung guttut. Sie fährt gerne Fahrrad oder Roller und radelt jeden Tag mindestens drei Lieder auf ihrem Hometrainer. Im Sommer geht sie gerne schwimmen. Sie würde gerne wieder einmal Tischtennis spielen und wieder öfter spazieren gehen. Seit die Betreuer das nicht mehr so oft vorschlagen, geht sie nicht mehr so oft spazieren. Es fällt ihr leichter, mehr Bewegung zu machen, wenn Betreuer sie motivieren und das gemeinsam mit ihr machen.

I2 möchte gerne mehr darüber zu lernen, was sie selbst tun kann, damit es ihr gut geht. Von ihrer Mama hat sie nämlich nichts darüber gelernt. Sie glaubt, dass sie das meiste von Betreuern gehört hat. Vor allem in ihren jetzigen WG hat sie viel gelernt, vor allem über gesunde Ernährung. I2 ist froh, dass sie von ihren Betreuern so viel über Gesundheit lernen kann und dass sie von ihnen zu einer gesünderen Ernährung und mehr Bewegung motiviert wird. Wenn es ihr nicht gut geht, möchte I2 manchmal ihre Medikamente nicht nehmen. Sie ist sehr froh, dass ihre Betreuer*innen sie dann trotzdem motivieren, dass sie ihre Medikamente nimmt. Manchmal nervt es sie aber, wenn Betreuer sagen, dass etwas anderes gesünder wäre. I2 hat einen Wochenplan, auf dem ihre täglichen To-Dos stehn. Vor allem das Duschen, Zähneputzen und Zimmer aufräumen findet sie sehr wichtig, Manchmal nervt es sie aber, wenn Betreuer sagen, dass sie ihre Aufgaben erledigen soll. Vor allem das Duschen nervt sie oft, auch wenn sie es eigentlich sehr wichtig findet. Manchmal würde sich I2 wünschen, dass ihr die Betreuer mehr Zeit für ihre Aufgaben geben. Allerdings findet sie es auch nicht gut, wenn sie dann spät am Abend noch alles erledigen muss. Dann ist sie nämlich meistens schon zu müde und befürchtet, dass sie dann gar nichts mehr machen würde.

4.3.3 Rahmenbedingungen des Interviews

Das Interview wurde am 25.8.2021 am frühen Nachmittag auf Wunsch der Interviewperson im Garten der Wohngemeinschaft durchgeführt und dauerte 46 Minuten.

4.4 Interviewperson 3 (I3)

4.4.1 Lebensgeschichte

I3 ist 1993 auf die Welt gekommen und hat danach kurz bei seiner Mama gewohnt. Er ist aber schon sehr früh von seiner Mama weggekommen. Seine Mama hatte wenig Zeit für ihn und hat sich nicht gut um ihn gekümmert. Deshalb ist er zu einer Pflegefamilie gezogen. Obwohl er so früh von seiner Mama weggekommen ist, hat er sie gerne. Manchmal trifft er sie zum Sushi essen oder lädt auf Besuch in die WG ein. Seinen Papa hat er leider nie kennen gelernt, weil er Drogen genommen hat und früh gestorben ist. Seine Schwester ist bei der Geburt gestorben. Darüber ist I3 sehr traurig.

I3 hat nur wenige Erinnerungen an die Zeit bei seiner ersten Pflegefamilie. Es ist schon lange her, dass er dort gewohnt hat und er war damals noch ein kleines Kind. Am liebsten erinnert er sich an das Lebkuchenhausbacken, an die Hunde und an die Katzen. Er ist bald zu einer anderen Pflegefamilie gekommen. Dort hat es ihm sehr gut gefallen. Er hat dort viel gespielt und ist oft schwimmen gewesen. Leider konnte er auch dort nicht so lange wohnen. I3 hätte gerne Kontakt zu seinen Pflegefamilien. Er glaubt aber, dass sie ihn nicht mehr kennen, weil er nun schon erwachsen ist. Seiner zweiten Pflegefamilie hat er einmal einen Brief geschrieben. Leider hat er keine Antwort bekommen.

I3 war gerne in der Schule. Dort hat er zum Beispiel gelernt wie man Christbäume abschneidet. Am liebsten hatte er die Lesenächte, Feste wie Halloween und Ausflüge. Außerdem hat er oft Theater gespielt. Beim Lesen hat er sich sehr schwergetan. Als er in der Volksschule war, ist I3 in die erste WG gezogen. Es hat ihm dort gut gefallen und er fand die Betreuer sehr nett. Aber er hat dort auch schlimme Sachen erlebt. Zum Beispiel hat ihm einmal ein Mitbewohner einen Baustein an den Kopf geworfen. Ein anderer Mitbewohner hat ihm beim Schwimmen so fest mit einem Stein beworfen, dass I3 geweint hat. Einmal hat er einen Hund gestreichelt. Der Besitzer hat eigentlich versprochen, dass der Hund nicht beißt. Trotzdem hat ihn der Hund so fest gebissen, dass er geblutet hat. Als I3 älter war, ist er in eine WG für Jugendliche im selben Wohnhaus gezogen. Dort hat es ihm auch gut gefallen. Aber auch dort hat er schlimme Sachen erlebt. Weil er große Angst vor Schweizerkrachern hatte, hat er einmal zu weinen begonnen.

Deshalb haben ihn alle ausgelacht. Das war sehr schlimm für ihn. Ein anderes Mal hat er einen Schock gekriegt, als eine Mitbewohnerin einen epileptischen Anfall hatte. Sie ist einfach umgekippt und hat sich blutig geschlagen. Manchmal ist I3 in der WG ausgezuckt. Als Strafe hat er oft Fernsehverbot bekommen. Er hat sich aber immer entschuldigt, wenn er etwas gemacht hat, was nicht ok ist. Mit dreizehn Jahren hat I3 einmal mit einem Schulkollegen Schule geschwänzt und ist Einkaufszentrum gefahren. Der Schulkollege hat ihn erpresst, dort mit ihm Geld zu stehlen. Das hat er dann auch gemacht. Sie sind beide mit einer gestohlenen Geldtasche weggelaufen und es wurde die Polizei gerufen. Weil I3 noch nicht volljährig war, ist ihm aber nichts passiert. Er bereut es sehr, dass er das getan hat. Als I3 ungefähr achtzehn Jahre alt war, hat er zu arbeiten begonnen. Die Arbeit hat ihm sehr gut gefallen, aber er hat dort oft Auszucker und Anfälle gehabt. Wenn er einen Anfall hat, kippt er um und sein ganzer Körper zuckt. I3 weiß nicht, warum er die Anfälle bekommt. Zum Glück sind es aber keine epileptischen Anfälle. Wegen den Auszuckern und Anfällen musste er eine neue Arbeit suchen und ist in eine Gärtnerei gekommen. Dort hat es ihm sehr gut gefallen. Er ist dort aber auch sehr oft ausgezuckt. Einmal ist er von einem Arbeitskollegen geschlagen worden und hat zurückgehaut. Es hat ihm aber niemand geglaubt, dass er zuerst geschlagen wurde. Deshalb ist er ausgezuckt. Weil er so oft ausgezuckt ist, hat er noch eine letzte Chance bekommen. Die hat er aber leider nicht geschafft. Deshalb hat er dort Hausverbot bekommen und musste bald wieder eine neue Arbeit suchen. Mit etwa achtzehn Jahren ist I3 in seine dritte WG gezogen. Dort hat es ihm aber nicht gut gefallen und er ist sehr oft ausgezuckt. Es wurde oft die Polizei gerufen, wenn er aggressiv war. Manchmal hat er sich mit einem Messer blutig gemacht. Er findet, dass es nicht gut ist sich selbst zu verletzen. Deshalb möchte er das nicht mehr machen. Warum er ausgezuckt ist, weiß er nicht so genau. In den vorigen WGs ist er auch manchmal ausgezuckt, aber nicht so oft wie in der dritten WG. Er erinnert sich, dass er sehr oft wütend war. Wenn er ausgezuckt ist, haben ihn die Betreuer in der dritten WG manchmal festgehalten. Das hat oft geholfen, dass er sich beruhigt. I3 hat schon mehrere Anzeigen bekommen. Einmal zum Beispiel, weil er einen Betreuer gezwickt hat. Ein anderes Mal hat er einem Betreuer ins Gesicht geschlagen. I3 möchte das nicht mehr machen. Er möchte lernen keine Auszucker mehr zu haben.

Am liebsten möchte er nie wieder auszucken. I3 hat gelernt, dass er in sein Zimmer geht, wenn es ihm nicht so gut geht. Das hilft ihm, dass er nicht auszuckt und auf niemanden losgeht. Weil er in der dritten WG so oft ausgezuckt ist, musste er ausziehen. Deshalb ist er vor fünf Jahren in seine jetzige WG gezogen. Hier gefällt es ihm sehr gut. Trotzdem hat er schon viele Auszucker gehabt. Ein Auszucker beginnt manchmal damit, dass er seine Medikamente nicht nehmen will. Er merkt aber, dass seine Pulver gegen seine Auszucker helfen. Deshalb hat er sich vorgenommen sie ab jetzt immer zu nehmen. Er hat das Gefühl, dass er viel gelernt hat und seine Auszucker schon viel weniger geworden sind. Auch seine Mitbewohnerin hat manchmal Auszucker. Das ist manchmal sehr schlimm für ihn. Trotzdem ist sie seine beste Freundin. Wenn sie auszuckt, sperrt er sich schnell in seinem Zimmer ein und wartet, bis es vorbei ist. Das mag er gar nicht. Er findet aber, dass sie auch sehr viel gelernt hat und ihre Auszucker schon viel weniger geworden sind. Auch in seiner jetzigen Arbeit gefällt es ihm gut. Er hilft dort zum Beispiel in der Holzwerkstatt mit, füttert die Hühner und zählt die Eier. Der Weg in die Arbeit dauert aber sehr lange. Das mag er nicht so. Er ist froh, dass er dort bald nicht mehr hinfahren muss. I3 wird nämlich bald umziehen. Er findet, dass er nun schon lange in der WG wohnt und hätte gerne einen kürzeren Arbeitsweg. Seine neue WG liegt direkt auf einem Bauernhof, auf dem er auch arbeiten wird. Er freut sich, dass er dann so einen kurzen Arbeitsweg hat. Er freut sich schon sehr auf die Hühner, Pferde, Katzen und Eier. Er wird aber auch sehr traurig sein, wenn er aus seiner jetzigen WG auszieht und alle sehr vermissen.

4.4.2 Über die Bedeutung von Selbstfürsorge

I3 ist sich nicht sicher, ob er sich gesund fühlt. Er ist auch unsicher, ob er gut auf seine Gesundheit schaut. Er weiß aber, was er tun kann, wenn es ihm nicht gut geht. Dann hilft es ihm, sich in sein Zimmer zu gehen. Dort ruht er sich dann aus, spielt Xbox oder schaut Filme auf seinem Tablet. Wenn es ihm nicht gut geht oder er Angst hat, dass er auszuckt, hilft es ihm oft, wenn Betreuer mit ihm reden oder ihn ablenken. Oft hilft es ihm dann, über seine Gefühle zu reden. Besonders gut geht das mit Emotionskarten. Manchmal nimmt er ein Entspannungsbad, mit einem gut duftenden Badesalz. I3 achtet darauf, dass er genug schläft. Um sich zu entspannen, geht er oft in sein Zimmer. Es tut ihm gut, Ruhe zu haben.

I3 findet, dass er jetzt nicht mehr so viele Auszucker hat. Er hat gelernt anders mit seiner Wut umzugehen. Er das Gefühl, dass seine Medikamente gegen die Auszucker helfen. Deshalb hat er sich fest vorgenommen, sie jetzt immer zu nehmen. Manchmal hilft es ihm auch, mit seinem Magen zu reden. Früher ist er oft ausgezuckt, weil ihm sein Magen gesagt hat, dass er auszucken soll. Deshalb redet er jetzt oft mit seinem Magen. Er sagt seinem Magen dann, dass er gut ist und das aushalten kann. Und dass er nicht auszucken soll.

Wenn er schlecht gelaunt oder aufgereggt ist, hilft es I3 oft eine Zigarette zu rauchen. Manchmal nascht er dann auch. Seine Stimmung wird dann oft wieder besser. Er weiß aber, dass das eigentlich nicht so gesund ist. Weiterräumen möchte er aber trotzdem. Er nascht aber nicht mehr so viel.

I3 findet, dass er sich nicht so gesund ernährt. Salat mit Avocado und Nüssen mag er sehr gerne. Er möchte aber nicht immer nur Gemüse essen. Er findet, dass die Betreuer gut kochen. Wenn es Gemüse gibt, hat er aber oft nicht so einen Hunger. Er findet, dass es besser wäre, wenn er mehr Gemüse essen würde. Er glaubt auch, dass das gut für seine Zähne und seine kranke Leber wäre. Warum er sich nicht gesünder ernährt, weiß er aber nicht genau. I3 findet, dass er genug trinkt. Am liebsten mag er Eistee und Cola. Er hat aber schon oft gesagt bekommen, dass das eigentlich nicht so gesund ist. Deshalb trinkt er stattdessen manchmal Mineralwasser.

I3 findet, dass Bewegung gesund ist. Trotzdem bewegt er sich fast nie und macht gar keinen Sport. Im Sommer ist er aber zweimal zu Fuß zum nahegelegenen Badeteich spaziert und war dort schwimmen. I3 weiß, dass Bewegung gut für seinen Körper und seine kranke Leber ist. Trotzdem bewegt er sich nicht gerne, weil er dann nicht gut atmen kann. I3 kommt schnell außer Atem. Er hatte vor kurzem eine Nasenoperation, die aber nichts gebracht hat. Seine Nase ist trotzdem sehr oft verstopft. Wenn er die Stufen bis zum 1. Stock hinaufgeht, beginnt er ganz schnell zu atmen. I3 glaubt aber nicht, dass er lieber Sport machen würde, wenn er besser atmen könnte. Er mag Bewegung und Anstrengung einfach nicht. I3 raucht und weiß auch, dass Rauchen die Lunge kaputt macht und man dann schwerer Luft bekommt. Er denkt, dass Rauchen ungesund ist und seine Lunge davon schwarz wird. Trotzdem möchte er nicht aufhören zu rauchen.

I3 möchte aber gesund bleiben. Er hat das Gefühl, dass er viel darüber weiß, wie

er gesund bleiben kann. I3 möchte aber gerne noch mehr darüber lernen. Von seiner Mutter hat er leider nichts über Gesundheit gelernt. Er hat vor allem von seinen Betreuern viel darüber gelernt. Beim gemeinsamen Basteln der Ernährungspyramide hat I3 gelernt, welches Essen gesund ist. Jetzt weiß er auswendig, dass unten Obst und Gemüse, in der Mitte die Eier und oben das Cola sind. Außerdem hat er gelernt, dass es nicht gesund ist viel Kaffee zu trinken. Deshalb trinkt er jetzt jeden Tag nur noch drei Tassen. I3 hat von einer Betreuerin gelernt, dass Sushi gesund ist. Darüber ist er froh, weil er sehr gerne Sushi isst. Außerdem mag er Kokosnüsse sehr gerne und findet es gut, dass sie gesund sind. Er fragt sich, ob Bounties eigentlich gesund sind, wo sie doch nur mit Kokos gefüllt sind. I3 hat gehört, dass Obst so süß ist, weil es Zucker enthält. Er glaubt nicht, dass dieser Zucker gesünder ist als der Zucker in den Süßigkeiten. Deshalb glaubt er auch nicht, dass Obst gesünder ist als Süßigkeiten.

I3 findet aber, dass Süßigkeiten ungesund sind. Deshalb möchte er weniger davon essen. Wenn er ganze Packungen voller Süßigkeiten bei sich hat, fällt es ihm aber schwer, nicht gleich alles zu essen. Deshalb gibt er sie jetzt in seine Naschkiste im Büro der Betreuer. Er befüllt sich am Abend jetzt nur noch eine kleine Schüssel mit Süßigkeiten, anstatt die ganzen Packungen zu essen. Er findet es gut, dass er die Süßigkeiten abgibt, weil er so weniger nascht und dadurch schon ein bisschen abgenommen hat. Er findet, dass sein Bauch schon sehr dick war und es so besser für ihn ist. Darauf ist er sehr stolz.

I3 hat schon viele kaputte Zähne. Der Zahnarzt musste deshalb schon oft bohren. Vor kurzem musste er eine Wurzelbehandlung machen. Das fand er sehr unangenehm. I3 hat oft keine Lust seine Zähne zu putzen. Er geht aber auch nicht gerne zum Zahnarzt. Deshalb möchte er trotzdem besser Zähne putzen und weniger Süßigkeiten essen. I3 ist froh, dass ihm Betreuer sagen, was gut für seine Gesundheit ist. Es nervt ihn meist nicht, wenn sie ihm sagen, dass etwas nicht so gesund ist. Er möchte aber nicht mehr, dass sie ihm sagen, dass weniger Rauchen und mehr Bewegung besser wären. Er glaubt zwar, dass es gesund wäre. Es nervt ihn aber, wenn sie das sagen. Er mag es aber, wenn Betreuer ihm gesundes Essen zeigen und dass sie ihm helfen weniger Süßigkeiten zu essen. Und er ist froh, dass sie ihn ans Zähneputzen erinnern, damit er nicht mehr so oft zum Zahnarzt muss.

4.4.3 Rahmenbedingungen des Interviews

Das Interview fand am 26.8.2021 auf Wunsch der Interviewperson am frühen Nachmittag im Wohnzimmer der Wohngemeinschaft statt und dauerte 51 Minuten. Die Uhrzeit wurde so angesetzt, dass die anderen Mitbewohner*innen noch in der Arbeit waren.

4.5 Interviewperson 4 (I4)

4.5.1 Lebensgeschichte

I4 wurde 1999 geboren und hat die ersten drei Lebensjahre mit seinen zwei älteren Schwestern bei seinen Eltern gewohnt. Ein paar Jahre später hat er noch eine kleine Schwester bekommen. Sie ist aber viel jünger als er und war noch nicht auf der Welt, als er selbst noch zuhause gewohnt hat. I4 weiß nicht mehr genau, was ihm als Kind passiert ist, weil viele Ereignisse seither aus seiner Erinnerung verschwunden sind. Ganz langsam kommen die Erinnerungen aber wieder, vor allem, wenn er vor Ort ist. Er weiß, dass seine älteste Schwester den Vater angezeigt hat, als er drei Jahre alt war. Daraufhin wurden die drei Kinder den Eltern vom Jugendamt weggenommen und sind in unterschiedliche WGs und Pflegefamilien gekommen. Er weiß, dass auch seine jüngere Schwester nach drei Monaten vom Jugendamt abgenommen wurde und in eine WG gekommen ist. Die Familie ist seither zersplittert. Mit seinen Schwestern hat I4 kaum Kontakt. Seine Mutter sieht er alle paar Monate einmal. Er glaubt aber, dass ihn seine Mama mag und hat immer nur Spaß mit ihr, weil sie viel lustigen Blödsinn macht. Mit seiner Mama hatte I4 auch immer wieder einmal Kontakt, als er bei seiner Pflegemutter gewohnt hat. Der Vater ist wegen den schlimmen Vorfällen ein Jahr ins Gefängnis gekommen. I4 hätte sich gewünscht, dass der Gerichtsprozess in der Türkei stattgefunden hätte, weil er dann eine lebenslange Strafe bekommen hätte. I4 ist sehr wütend auf seinen Vater. Er erzählt absichtlich nur ungenau, was passiert ist, weil er darüber nicht genauer reden möchte. Er findet es sehr schlimm, was er als Kind erlebt hat. I4 ist deshalb mit drei Jahren zu seiner Pflegemutter gekommen und hat dort, bis auf eine zweimonatige Unterbrechung, als er sechzehn war, gewohnt, bis er achtzehn Jahre alt war.

I4 war acht Jahre in einer Sonderschule. Er hat die zweite Klasse Volksschule übersprungen, weil er sich schon so früh für die Schreibschrift interessiert und diese mit sechs Jahren gelernt hatte. In der sechsten Schulstufe hat er in den Hauptschullehrplan gewechselt. Dieses Schuljahr fand er aber sehr schwer, weshalb er danach wieder in den Sonderschullehrplan zurückgewechselt ist. Der Hauptschullehrplan fiel ihm schwer, weil er für manche Aufgaben mehr Zeit benötigt hätte und sich oft nicht so gut konzentrieren konnte. Um seine

Konzentration zu verbessern, hat er begonnen Concerta zu nehmen. Inzwischen hat er die Dosis aber wieder deutlich reduziert. In der Sonderschule gab es verschiedene Leistungsgruppen. Je nach Gruppe hatte man unterschiedlich lange Zeit, um einen Aufsatz von einer bestimmten Anzahl an Wörtern zu schreiben. Umso höher die Leistungsgruppe, umso weniger Zeit hatte man. I4 war meistens in der höchsten Leistungsgruppe, ist dann aber eine Stufe nach unten gerutscht, weil ihm die Zeit zu knapp war. Das Zeitlimit der mittleren Leistungsgruppe fand er immer noch sehr knackig, weil er kaum Zeit hatte, um zu überlegen, was er schreiben will und gleich losschreiben musste. Bei Übungszettel gab es oft drei Spalten mit Aufgaben, von denen die unterste Leistungsgruppe die erste Spalte machen musste, die mittlere zwei und die dritte alle drei, was er schon sehr heftig fand. Er fand zwar, dass die unterste Leistungsgruppe wirklich nicht so viel konnte. Trotzdem findet er, dass man keine Leistungsgruppen mehr machen sollte. Bis auf Deutsch hat das Zeitlimit für ihn in den meisten Fächern gut gepasst. Mathematik hatte I4 sehr gern und war auch ziemlich gut darin. In Werken hat er sogar eine Eins Plus geschafft. Er weiß noch, dass er etwas schnitzen musste und das sehr genau gemacht hat, obwohl er so schnell war. Er fand es schön, dass sich die Schüler sich gegenseitig unterstützt haben. Besonders lustig fand er es, wenn sie sich gegenseitig verarscht haben. Im Turnunterricht wurde oft Räuber und Gendarmen, Merkbball und Völkerball gespielt. Seine Mitschüler und er haben sich gegenseitig oft voll abgefetzt. Er findet, dass das gegenseitige Abfetzen beim Sport das Beste an der Schulzeit war. Er denkt gerne an die Schulzeit und den Blödsinn, den er dort gemacht hat, zurück.

Mit sechzehn Jahren ist I4 für etwa zwei Monate in ein Krisenzentrum gekommen, nachdem er seine Pflegemutter wegen häuslicher Gewalt angezeigt hat. Davor gab es auch schon mehrere Vorfälle. Ihr Nachbar hat sich damals aber einmal als WG ausgegeben, um zu verhindern, dass I4 weggeht. I4 fand das sehr fies und findet, dass der Nachbar besser irgendeine Stelle anrufen hätte sollen. Er findet, dass man niemanden daran hindern sollte wegzugehen. Doch der Nachbar und seine Pflegemutter haben damals verhindert, dass er geht. Er fand das sehr gemein. Später hat er sich deshalb von den Regeln der Pflegemutter abgespalten und seine eigenen Regeln aufgestellt. Während I4 im Krisenzentrum war, durfte er seine Pflegemutter nicht sehen und sie bekam ein Annäherungsverbot. Jedes Jahr

ist I4 zwischen Oktober und November schlechter gelaunt, weil er zu dieser Zeit im Krisenzentrum war und ihn diese Monate oft an die Zeit dort erinnern. Weil das Krisenzentrum eine schlechte öffentliche Anbindung hatte und er von dort aus sehr lange in die Schule brauchte, wollte er bald wieder zur Pflegemutter ziehen. Jedoch gab es für ihn zwei Bedingungen: die Pflegemutter musste eine Schulung über Erziehung besuchen und den Fahrtendienst zur Schule einstellen, damit er öffentlich hinfahren konnte. Wenn sie sich dafür nicht bereit erklärt hätte, wäre er nicht zurückgekommen. Die Pflegemutter hat ihr Verhalten I4 gegenüber seither gebessert. I4 denkt, dass das aber auch damit zusammenhängen könnte, dass sie merkt, dass er sie beobachtet. Er findet jedoch auch, dass die Pflegemutter mit der häuslichen Gewalt nicht übertrieben hat, da sie ihn ja nicht voll verprügelt hatte. Wenn er etwas gut gemacht hat, hat sie ihn nicht verprügelt. Er findet, dass sie richtig gut belohnen konnte. Deshalb fand er die Zeit bei der Pflegemutter sonst eh schön. Er hatte dort viele Haustiere und eine eigene Katze, die 17 Jahre alt wurde. Er findet, dass die Pflegemutter Urlaube gut organisieren konnte und hat mit den Nachbarn sehr viel Party gemacht und gefeiert. Das fand er enorm geil. Teilweise hat er mit der Pflegemutter täglich Ausflüge gemacht. Den Nachbarn, der ihn einmal daran gehindert hatte wegzugehen, hat er noch oft gesehen. I4 hat ihm später einmal gesagt, dass er sich raushalten soll, weil er nicht sein Vater ist und ihn so beeinflusst, dass er sich ihm gegenüber dann neutral verhalten hat.

Nach der Sonderschule hat I4 ein Jahr lang einen Berufsvorbereitungslehrgang gemacht. Anschließend hat er eine Lehre bei einer GmbH für Berufsqualifizierung und -integration angefangen. Derzeit absolviert er in seiner Lehre die letzte Stufe vor der Lehrabschlussprüfung. Danach wird er die Lehrabschlussprüfung machen. Mit achtzehn Jahren ist I4 von seiner Pflegemutter in eine WG gezogen. Hier wohnt er nun seit vier Jahren. Es gefällt ihm sehr gut in der WG und er findet die Betreuer sehr nett. Trotzdem ist er derzeit auf der Suche nach einer neuen WG, weil er gerne zentraler wohnen würde. In ein paar Jahren würde er gerne einmal in einer eigenen Wohnung leben. Er findet aber, dass er dafür noch einiges lernen muss. Es ist ihm wichtig, dass die Mitbewohner an seinem nächsten Wohnplatz keine Krisen haben, weil er die Krisen in der derzeitigen WG manchmal sehr heftig findet. Es macht ihn sehr wütend, wenn er dann so in seinem Zimmer sitzen muss,

vor allem, wenn seine Mitbewohnerin dann gegen seine Tür schlägt. Schlimm fand er vor allem, als sie ihn einmal im Wohnzimmer eingesperrt hat und er den Raum nicht verlassen konnte. Obwohl er seine Mitbewohnerin sehr nett findet und es ihm leidtut, dass sie diese Krankheit hat, findet er ihr Verhalten nicht ok. Er findet zwar, dass sie ihr Verhalten ein bisschen gebessert hat und inzwischen selten auf andere losgeht. Dafür verletzt sie sich jetzt öfter selbst, was er wirklich nicht schön findet. I4 tun die Betreuer leid, wenn seine Mitbewohnerin eine Krise hat, weil er findet, dass sie oft wirklich fies zu ihnen ist. Er ist oft sehr wütend auf seine Mitbewohnerin und hofft, dass er bald eine andere WG findet. I4 mag die Betreuer aber wirklich gerne und wird sie sehr vermissen. I4 möchte später vielleicht einmal in einem Büro arbeiten, weil er gehört hat, dass man dort wirklich viel verdienen kann. Er glaubt, dass man in einem Büro mehr als eine Kassiererin verdient, obwohl sie mehr arbeitet. Er wird sich überlegen, wo er arbeiten möchte, wenn es so weit ist.

4.5.2 Über die Bedeutung von Selbstfürsorge

I4 fühlt sich recht gesund. Es ist ihm sehr wichtig, gesund zu bleiben, weil er noch lange leben möchte. Außerdem ist es ihm sehr wichtig, glücklich zu sein. Er weiß aber noch nicht genau, was er dafür braucht und muss sich das noch überlegen. I4 weiß aber, was er selbst tun kann, damit es ihm gut geht. Er zieht sich nach der Arbeit gerne in sein Zimmer zurück, weil es ihm wichtig ist, Zeit für sich zu haben. Er achtet auf genug Entspannung, weil ihm das sehr guttut. Wenn es ihm nicht so gut geht und er schlecht gelaunt ist, denkt er an bessere Zeiten oder versucht auf andere Gedanken zu kommen, indem er Minecraft spielt und da etwas in die Luft jagt. Hilfreich findet er es auch, zu seiner Pflegemutter oder Mama zu fahren. Außerdem mag er es gerne, wenn sich ein Betreuer Zeit für ihn nimmt. I4 ist froh, wenn er dann jemanden zum Reden hat. Wenn er krank ist, hilft es ihm vor allem zu schlafen, sich auszuruhen oder zu zocken. Bei Kopfschmerzen dreht er die Bildschirmhelligkeit auf die geringste Stufe runter und geht nicht in die Sonne. Wenn er krank ist, mag er es, wenn sich jemand um ihn kümmert. Allerdings sondert er sich dann auch freiwillig ab, damit er niemanden ansteckt. Weil er sich nicht mit Corona anstecken möchte, achtet er darauf, dass er nicht zu viele Menschen trifft. Obwohl er schon lange geimpft ist, ist er da sehr streng.

I4 findet Bewegung und Sport sehr wichtig. Er findet es sehr schade, dass seine fixe wöchentliche Sporteinheit in der Arbeit schon seit Beginn der Coronakrise abgesagt ist. Trotzdem macht er ab und zu Bewegung. Er geht öfters spazieren und findet, dass ihm das sehr guttut.

I4 schaut darauf gesund zu essen und genug zu trinken. Er glaubt, dass das Essen bei McDonald's viel Zucker enthält und daher sehr ungesund ist. Er findet aber, dass es dort teilweise auch gute Sachen gibt und die Salate nicht so schlecht sind. Viel gesünder findet er selbstgemachte Burger. Für noch gesünder hält er aber Obst und Gemüse. Wenn es Palatschinken zu essen gibt, entscheidet er sich immer für die Pikanten. Da die Süßen mit Nutella gefüllt sind, findet er die Pikanten viel gesünder. Außerdem nascht I4 nur noch selten. Er isst nur ab und zu einmal eine Tüte Chips. Wenn er Schokolade isst, kauft er sich nur dunkle Sorten mit mindestens 70% Kakao.

I4 hat mit seiner Pflegemutter früher oft Holunder gesammelt und Sirup daraus gemacht. Außerdem hat er oft Tee aus frischem Salbei aus dem Garten gekocht. Er findet, dass Selbstgemachtes viel besser schmeckt und mehr Stil hat als fertig Gekauftes. I4 hat manchmal mitgeholfen, wenn seine Pflegemutter selbst etwas gemacht hat. Er findet aber, dass er im Kochen sehr schlecht ist. Wenn er allein wohnen würde, würde er aber schon ab und zu etwas kochen.

Wenn I4 Alkohol trinkt, bricht er aber mit dem gesunden Essen und isst einen Burger. Er glaubt, dass der Alkohol so verschwindet und sich nicht festsetzen kann. I4 findet aber, dass er extrem wenig Alkohol trinkt. Er trinkt nur, wenn es für ihn wirklich einen Sinn hat. Er ist sehr froh, dass er mit seinen Medikamenten ein bisschen Alkohol trinken kann. Einmal wurde er aber sehr verwirrt, als er Alkohol getrunken hatte. Kopfschmerzen hat er zum Glück noch nie bekommen.

I4 hat eine gewisse Unregelmäßigkeit beim Schlafen und kürzt oft seinen Schlaf. Er hat das Gefühl, dass die Betreuer versuchen diese Unregelmäßigkeit aus ihm herauszubekommen. Er nimmt Pläne aber nicht sehr genau und mag es lieber, wenn er flexibel sein kann. I4 glaubt zwar, dass es prinzipiell gesund wäre, regelmäßig zu schlafen, er findet aber, dass die Versuche der Betreuer nichts bringen, weil er seinen Schlafrhythmus selbst planen möchte. Er weiß nicht, warum die Betreuer es für wichtig halten, dass er regelmäßig schläft. Zwar findet er, dass er manchmal nicht so ausgeschlafen ist und sich nicht so gut konzentrieren

kann, wenn er zu wenig geschlafen hat. Er kann sich manchmal aber auch nicht gut konzentrieren, wenn er viel geschlafen hat. Deshalb denkt er nicht, dass das mit seinem Schlafrhythmus zusammenhängt.

I4 findet, dass man nie genug über Gesundheit lernen kann und nie auslernt. Er möchte noch mehr darüber lernen, wie er gesund bleiben kann. Vor allem von seiner Pflegemutter hat I4 viel über Gesundheit gelernt. Außerdem hat er im Radio Wien schon viele Garten- und Gesundheitstipps gehört.

I4 wünscht sich von seinen Betreuern Unterstützung, damit er mehr über Gesundheit lernen kann. Er würde gerne lernen die Arztplanung und das Vereinbaren von Arztterminen komplett selbst zu übernehmen. Er würde dann gerne nur noch erinnert werden, wenn er auf etwas vergisst. Außerdem wünscht er sich die Kontaktdaten seiner Ärzte, damit er sich zum Beispiel selbst einmal einen Termin für eine Ohrenspülung ausmachen kann. Er möchte zukünftig öfter allein zu Ärzten gehen, vor allem zum HNO und zur Mundhygiene. Bei Blutabnahmen und Terminen im Krankenhaus möchte er aber lieber noch begleitet werden.

4.5.3 Rahmenbedingungen des Interviews

Das Interview fand am 2.9.2021 am Vormittag in einem Café in der Nähe des Arbeitsplatzes der Interviewperson statt und dauerte 93 Minuten.

5 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die empirischen Ergebnisse mit Blick auf die Forschungsfrage zueinander in Beziehung gesetzt und mit dem aktuellen Forschungsstand in Verbindung gebracht. Dadurch soll sichtbar gemacht werden, welche Bedeutung Selbstfürsorge im Leben der Interviewpersonen hat.

5.1 Lebensgeschichten

Im ersten Teil erfolgt eine nähere Betrachtung der einzelnen Lebensgeschichten. Da eine ausführliche Analyse den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten würde, werden nur jene Interviewdaten bzw. Kategorien näher beleuchtet, die Anhaltspunkte für die Aufwuchsbedingungen darstellen und in Bezug auf die Entwicklung von selbstfürsorglichem Verhalten relevant erscheinen.

5.1.1 Schwierige Familienverhältnisse

Forschungsergebnisse zeigen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten häufig über weniger Schutzfaktoren verfügen und oft bereits in ihrer frühen Kindheit zahlreichen Risikofaktoren und traumatischen Bedingungen ausgesetzt sind (vgl. Pforr 2009, S. 3f). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen dieser Masterarbeit wider. Alle Interviewpersonen berichteten von schwierigen Familienverhältnissen, aufgrund derer sie früh fremduntergebracht wurden und die darauf schließen lassen, dass sie von ihren Eltern wenig Fürsorge erfahren haben.

I1 gab an, dass er unter den Streitigkeiten seiner Eltern sehr litt:

„irgendwann ham sie auch zum Streiten anfangen, wie i nu a Kind woa, des hab i ma a dauernd mitgebn müssn“ (Interview 1, S. 1, Z. 20f)

Neben den elterlichen Konflikten vermutet er seine Diagnose ADHS als Grund für die Fremdunterbringung, fügt aber auch hinzu, dass er es nicht genau wisse:

„und das ist auch wegen diesem ADHS, glaub ich. Es war -- da musst die Mama fragen, aber ich glaub, dass das [zögert] wenn ma die Krankheit hat, muss ma in a WG glaub ich -- weiß nicht genau, wie das funktioniert“ (Interview 1, S. 2, Z. 8ff)

Desweiteren berichtete I1, dass auch seine Mutter ADHS diagnostiziert bekommen hat, und ihre Kindheit von Heimerfahrungen, zahlreichen Beziehungsabbrüchen sowie dem frühen Verlust ihrer Mutter gekennzeichnet war:

„Sie war auch im Heim nämlich, die war in vier verschiedene Heime. Ihr Mutter hot si glaub i ned so vü um sie gekümmert, wie sie um mich. Ihr is ned so guad gangen in ihrer Kindheit, ihr is schlechter gangen. Sie kümmert si mehr um mich, als wie ihr Mutter um sie. [...] sie hat von ihrer Mutter nicht so viel ghabt. Weil ihre Mutter is gestorben, wie sie 14 oder 15 Jahre war.“ (Interview 1, S. 12, Z. 12ff)

Es könnte also sein, dass die Mutter aufgrund ihrer eigenen Vergangenheit und psychischen Beeinträchtigung nicht angemessen auf I1 eingehen konnte. Wenn frühe Abstimmungsprozesse zwischen einem Kind und seinen primären Bezugspersonen scheitern, kann dies in weiterer Folge dazu führen, dass die Entwicklung von psychischen Strukturen beeinträchtigt wird (vgl. Pforr 2009, S. 1f).

Auch die Schilderungen der anderen drei Interviewpersonen lassen vermuten, dass sie von ihren Eltern vernachlässigt wurden, also zu wenig Zuwendung, Schutz und Förderung bekommen haben, was sich negativ auf Entwicklungsprozesse auswirken und ein Trauma verursachen kann (vgl. Kaika 2013, S. 7). Folgende Aussagen lassen darauf schließen, dass die Befragten solchen Situationen ausgesetzt waren:

I2 hatte, neben ständigen Streitigkeiten mit ihrer Mutter, miterlebt, wie diese häuslicher Gewalt durch einen Mann ausgesetzt war:

„Wir ham immer Streit ghabt und da war ein Herr, der hat die Mama immer ghaut.“ (Interview 2, S. 4, Z. 7)

Es kann also davon ausgegangen werden, dass I2 unter für ihre Entwicklung ungünstigen Bedingungen aufgewachsen ist. Sie selbst kann sich nicht daran erinnern, von dem Mann geschlagen worden zu sein, meinte jedoch:

„der war ur gemein, der hat, meine Ente hat er geköpft.“ (Interview 2, S. 4, Z. 15)

In folgender Passage bringt I2 die Wut gegenüber dem Mann, der ihre Mutter geschlagen hatte, zum Ausdruck:

„der Mann war dann im Gefängnis und er hat gesagt, sobald er aus dem Gefängnis rauskommt, will er uns schlagen. Aber -- ich glaube er hat's vergessen, zum Glück.“

Sonst hätt i ihm a ane drüberghaut, mit am Schnitzelklopfer, ,tusch‘ geht’s dann.“
(Interview 2, S. 5, Z. 2ff)

Folgende Aussage von I3, der bereits als kleines Kind zu Pflegeeltern gekommen ist, lässt ebenso auf Vernachlässigung schließen:

„Die Mama hat nie Zeit gehabt und ja.“ (Interview 3, S. 1, Z. 10)

I4 berichtete von schlimmen Kindheitserlebnissen in seiner Familie, die für ihn sehr traumatisierend gewesen zu sein scheinen:

„Bei meiner Familie hab ich -- durch so Ereignisse -- ich weiß nicht, was mir da passiert ist, aber viele Ereignisse sind seitdem halt verschwunden, zu mindestens 95 Prozent [...] Sie kommen wieder, bestimmt zu einhundert Prozent, so ganz langsam, Jahr für Jahr, immer so ein zwei pro Jahr. Das ist so langsam. Zum Beispiel wenn ich vor Ort bin.“ (Interview 4, S. 1, Z. 11ff)

Aufgrund der Ereignisse, über die er im Interview nicht genauer sprechen möchte, ist seine Familie zerrüttet:

„Die Familie is seitdem halt ziemlich zerteilt. Die is ziemlich zersplittet. Das sag ich aus Absicht ziemlich ungenau.“ (Interview 4, S. 1, Z. 27)

Den Erzählungen zufolge ist aber davon auszugehen, dass I4 schweren Missbrauchserfahrungen durch den Vater ausgesetzt war:

„Der Vater ist halt deswegen ein Jahr in’s Gefängnis gekommen. Die [Name der ältesten Schwester] hat ihn angezeigt. Ich hätte ihm gewünscht / besser wär, wenn der Prozess in der Türkei stattgefunden hätte, dann hätte er nämlich Lebenslänglich bekommen. Die Türkei is da viel strenger. Am liebsten hätt ich sie angefleht ,holt’s ihn rüber‘. Da hätt ich sogar eine unfaire Strafe gewollt.“
(Interview 4, S. 1, Z. 34ff)

Dass I4 trotz der Festnahme des Vaters zu einer Pflegemutter gekommen ist, lässt darauf schließen, dass er auch von seiner Mutter nicht den notwendigen Schutz erhalten hat. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass sich extreme Erfahrungen von Hilflosigkeit, beispielsweise aufgrund von Gewalterfahrungen, Missbrauch oder Vernachlässigung durch Bezugspersonen, negativ auf die Bindungsentwicklung auswirken und zu psychischen Beeinträchtigungen führen können (vgl. Kaika 2013, S. 9).

5.1.2 Fremdunterbringung

Aufgrund von schwierigen Familienverhältnissen haben alle Befragten eine frühe Trennung von ihrer Herkunftsfamilie erlebt und wurden in Pflegefamilien bzw. betreuten Wohneinrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe fremduntergebracht. Dass große Teile der Lebensgeschichten von diesen Erfahrungen handeln, lässt darauf schließen, dass die Befragten diese als sehr prägend erleben. Drei Personen berichteten von mehreren Wechseln der Unterbringungsplätze, wovon zwei Personen in ihrer Kindheit und Jugend zahlreiche Einrichtungs- und Betreuungswechsel erlebt hatten. Diese Erfahrungen werfen Zweifel auf, ob sie stabile emotionale Fürsorgeerfahrungen gemacht haben. Eine Person gab an, dass sie, bis auf eine zweimonatige Unterbrechung im Krisenzentrum, ihre gesamte Kindheit und Jugend bei einer Pflegemutter verbrachte und danach in die aktuelle Wohngemeinschaft gewechselt hat. Die befragten Personen berichten diesbezüglich über sehr verschiedene Erfahrungen und schienen die Wegnahme aus dem Elternhaus sowie die anschließende Fremdunterbringung sehr unterschiedlich erlebt zu haben.

I1 wurde mit fünf Jahren von ihren Eltern in eine betreute Wohngemeinschaft gebracht:

„Mit fünf Jahren, des waß i no. Da war i wirklich sehr lang, das war die längste WG.“ (Interview 1, S. 2, Z. 14)

Die Fremdunterbringung schien für ihn soweit in Ordnung gewesen zu sein:

„Mhm, war eh ok, aber i war da wirklich noch sehr klein.“ (Interview 1, S. 2, Z. 33)

Aufgrund seines Alters kam er später eine Wohngemeinschaft für Jugendliche, in der er sich wohlfühlt hat. Als er volljährig war, musste er in eine andere WG ziehen, in der es ihm gar nicht gefallen hat, weshalb er kurz darauf in seine aktuelle WG umgezogen ist:

„Und dann in die deppate [Name der dritten WG], wo i's jo goa ned ausghoitr hab. Oba do woa i ned lang, na die woan do komisch. Die wollt'n ja das, dass i des Taschengeld von der Arbeit ned auf die Hand krieg, die wollt'n ja das. Meine Eltern wollten niemanden dort, gar keinen von den Betreuern dort, weil die recht komisch warn. Und jetzt -- i bin froh, dass i dort jetzt weg bin.“ (Interview 1, S. 3, Z. 27)

I2 spricht im Interview viele negative Erfahrungen in der Fremdunterbringung an. Vor allem an ihre Schulzeit hat sie schlimme Erinnerungen:

„Weil’s mich weggeschickt ham [...] Ins Krisenzentrum ham’s mich gschickt.“
(Interview 2, S. 2, Z. 4f)

Die Zeit im Krisenzentrum war besonders schlimm für sie:

„Da hab ich die Mama nicht sehn können.“ (Interview 2, S. 2, Z. 17)

Anschließend folgten zwei Wechsel der Wohngemeinschaften, in denen sie ihren Angaben nach aufgrund vieler Konflikte mit den Betreuungspersonen nicht bleiben konnte:

„Dort war’s nicht schön. [...] Nur Streit ghabt.“ (Interview 2, S. 2, Z. 26ff)

Deshalb kam sie dann in eine Psychiatrie, woran sie keine guten Erinnerungen hat:

„Da hat mich die scheiß Dame immer besucht. Der hab ich mal einen Kakao drüber geleert, weil die wollt halt nicht gehen. Ich hab’s probiert, aber leider is sie nicht gangen. Die wollt immer UNO spielen, aber ich wollt halt nicht, hab gesagt ‚nein, nein, nein‘.“ (Interview 2, S. 3, Z. 8ff)

Danach wurde sie in einer Wohngemeinschaft im Burgenland untergebracht:

„Ich war froh, dass ich aus’m Spital rauskommen bin, aber nicht ins Burgenland, dahin wollt ich nicht [...] Wie ein Paket ham’s mich herumgschickt, bis ins Burgenland.“ (Interview 2, S. 2, Z. 11ff)

Insbesondere in der letzten Aussage wird deutlich, wie fremdbestimmt I2 die Unterbringung in den unterschiedlichen Einrichtungen erlebte.

I3 kam bereits als Baby zur ersten Pflegefamilie, wurde jedoch bald in einer anderen Pflegefamilie untergebracht. Im Volksschulalter zog er in die erste betreute Wohngemeinschaft, bis er später im selben Wohnhaus in eine Wohngemeinschaft für Jugendliche wechselte. Während sich der Befragte kaum an die Zeit bei der ersten Pflegefamilie erinnern kann, da er noch so klein war, berichtete er von positiven Erinnerungen an die zweite:

„Mhm, gut. Da hamma immer Lebkuchenhaus gemacht, nur mit draufgepickt mit Zucker und Kirschen. Der Nikolaus war auch bei uns, hat den Krampus auch vielleicht mitgenommen. Wir haben Katzen gehabt, Hunde, Dalmatiner“ (Interview 3, S. 1, Z. 17)

Er gab an, dass ihm auch die Zeit in den Wohngemeinschaften gefallen hat, berichtete aber von einigen negativen Erfahrungen:

„Und in der [Name der zweiten Wohngruppe] hat der [Name eines Mitbewohners] einen riesen Fehler gemacht, der hat etwas angezündet, diese Kette da, die sind ur laut [...] Hüte, bis daher, das war sehr laut, ich hab geweint, ich bin rausgegangen, hab gesagt ‚was is los, is da ein Knall passiert?‘ und die lachen mich alle aus, weil ich einfach Angst hab vor Knallern.“ (Interview 3, S. 2, Z. 7ff)

„Ich schau nur raus und [Name einer Mitbewohnerin] ist voll umgekippt, und dann seh ich, sie blutet, hat einen richtigen Anfall gehabt, Epilepsie. Und ich hab das gesehn, mir war’s übel, ich hasse Blut sehen. Grauslich. Und wie ich in der [Name der ersten Wohngruppe] war, da hat mich der [Name eines Mitbewohners] mit einem Baustein am Kopf erwischt. Absichtlich. Und wie wir schwimmen waren, hat der [Name eines Mitbewohners] einen Stein geworfen. Der hat mich voll erwischt. Und ich hab voll geweint.“ (Interview 3, S. 3, Z. 21ff)

Mit 18 Jahren kam er in eine andere Wohngemeinschaft, in der es ihm nicht gefallen hat:

„Ich bin immer ausgezuckt, ich war aggressiv und immer war Polizei da“ (Interview 3, S. 3, Z. 31)

Deshalb ist I3 schließlich in seine derzeitige WG gezogen. Hier wohnt er nun schon seit mehreren Jahren und hat einige neue Strategien für die Bewältigung von psychischen Krisen erlernt, worauf er sehr stolz ist.

I4 konnte zwar seine gesamte Kindheit und Jugend bei einer Pflegemutter verbringen, wurde jedoch aufgrund der dort erlebten häuslichen Gewalt zwei Monate in einem Krisenzentrum untergebracht:

„Da war ich im Krisenzentrum. Da hab ich sie wegen häuslicher -- [sehr leise] du weißt schon, angezeigt.“ (Interview 4, S. 2, Z. 11f)

I4 wird in seiner Erzählung plötzlich sehr leise und es scheint ihm schwer zu fallen, über die erlebte häusliche Gewalt durch die Pflegemutter zu sprechen. Es ist davon auszugehen, dass er dieses Erlebnis als sehr bedrohlich erlebt hat und dieses traumatisierend auf ihn gewirkt hat. Da er das Krisenzentrum aber möglichst schnell wieder verlassen wollte, zog er unter zwei Bedingungen wieder zurück zur Pflegemutter:

„Es gab eine Bedingung: sie musste den Fahrtendienst für immer stoppen. [...] Und, dass sie eine Umschulung¹ besuchen muss. Wenn nicht, wird sie angezeigt.“
(Interview 4, S. 3, Z. 2ff)

Auf die Nachfrage, ob die Pflegemutter ihr Verhalten nach dem Erziehungskurs geändert hat, antwortete er:

„Schon. Aber ich beobachte sie halt [...] Ich glaub, sie bemerkt einfach, dass ich sie beobachte.“ (Interview 4, S. 3, Z. 30ff)

Diese Aussage könnte so gedeutet werden, dass das Vertrauen durch die Gewalterfahrungen tief erschüttert wurde, und auch nach dem Erziehungskurs nicht wieder aufgebaut werden konnte.

Eigentlich wollte I4 wegen den Gewalterfahrungen durch die Pflegemutter bereits mit dreizehn Jahren von zuhause weglaufen. Doch die Pflegemutter hat dies mithilfe eines Nachbarn verhindert. I4 bringt im Interview zur Sprache, dass er sich von dem Nachbarn hintergangen gefühlt hat und was er sich in dieser schwierigen Situation eigentlich gewünscht hätte:

„Aber einmal mit dreizehn, da war das der fieseste Betrug, da hat sich ein Nachbar als WG ausgegeben. [...] Er hätte ja auch irgendeine Stelle anrufen können.“
(Interview 4, S. 3f, Z. 36ff)

„Und er hat auch -- [sehr leise] wenn man vielleicht weg will, sollte man nicht verhindern, dass man weggeht.“ (Interview 4, S. 4, Z. 8f)

I4 wird während seiner Erzählungen mehrmals plötzlich sehr leise, weicht aus, bricht Sätze ab oder scheint Schwierigkeiten zu haben, Erlebnisse auszusprechen. Dies könnten Anzeichen sein, dass diese Erfahrungen traumatisierend auf ihn gewirkt haben. Gewalterfahrungen oder Missbrauch durch Bezugspersonen können sich nicht nur negativ auf Entwicklungsprozesse auswirken, sondern auch ein Trauma sowie psychische Beeinträchtigungen verursachen (vgl. Kaika 2013, S. 7ff).

Folgende Aussagen lassen darauf schließen, dass die Zeit bei der Pflegemutter von einer Ambivalenz geprägt war:

¹ Erziehungskurs

„was die Pflegemutter konnte, abseits von dieser häuslichen Gewalt, aber sie hat nicht so übertrieben damit. Es war nicht so, dass sie dich voll verprügelt hat, sondern einfach nur so / es war dann so / aber wenn du wirklich gut warst, hat sie's nicht gemacht -- [fröhliche Musik im Hintergrund] die Musik macht mich grad so, dass ich über die Pflegemutter schwärme, sie konnte einfach so richtig gut belohnen.“ (Interview 4, S. 5, Z. 27ff)

Mit 18 Jahren ist I4 von der Pflegemutter in seine derzeitige Wohngemeinschaft gezogen. Im Grunde scheint es ihm hier gut zu gefallen, doch auch hier ist er mit häuslicher Gewalt durch eine Mitbewohnerin konfrontiert, was ihn sehr zu belasten scheint:

„Wie uns die [I2] im Wohnzimmer eingesperrt hat -- ich konnte den Raum wirklich nicht verlassen -- Das war wirklich sehr heftig. Oder wenn sie gegen meine Türe schlägt -- da werd ich sehr wütend“ (Interview 4, S. 8, Z. 1f)

„Vor allem während dem Lockdown war das schon wirklich schlimm. Da konnte man ja auch nirgends anders hin.“ (Interview 4, S. 8, Z. 16f)

5.1.3 Lernschwierigkeiten

In Bezug auf die Ausbreitung des Begriffs Lernschwierigkeiten ist zu erwähnen, dass in den Interviews weder von der Forscherin noch von den Interviewten Begriffe wie „Behinderung“ oder „psychische Erkrankung“ verwendet wurden. Die im theoretischen Teil angeführte Definition, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten manchmal langsamer lernen oder dabei besondere Unterstützung benötigen (vgl. Ströbl, 2006, S. 42f), weist große Ähnlichkeiten mit den Selbstdarstellungen der Befragten auf. Alle Interviewpersonen berichteten von Schwierigkeiten bzw. Überforderung mit dem Lernstoff, weshalb sie entweder von Beginn an eine Sonderschule² besuchten oder im Volksschulalter in eine Sonderschule wechselten.

² an dieser Stelle sei auf bildungspolitische Diskussionen um die Selektion von Schüler*innen durch die exkludierende Schulform „Sonderschule“ verwiesen

I1 gab zudem an, dass er in der regulären Volksschule mit dem Lernstoff und der großen Schulklasse überfordert war:

„In da ersten Schule da war i wirklich sehr überfordert mim Lernen. Und da waren zu viele Schüler, das war ma z’viel, und dann, da war i sehr überfordert, und bin in die Sonderschule gekommen.“ (Interview 1, S. 4, Z. 9ff)

Auch I2 berichtete von Schwierigkeiten mit dem Lernstoff:

„Gut, die erste Leistungsgruppe, ich hab da mal die Schularbeiten gsehn, da komm i net mit, komm i net weit. Bei den Schularbeiten war ich ur schlecht.“ (Interview 2, S. 6, Z. 1f)

Als Grund dafür führte sie auch an, dass sie kaum gelernt hatte:

„ich hab nie gelernt, hab’s immer ohne versucht“ (Interview 2, S. 6, Z. 5)

I3 gab an, dass er zwar gerne in der Schule war, mit dem Lernstoff jedoch Schwierigkeiten hatte.

*„I: Und wie war das Lernen für dich?
I3: Nicht so gut, na.“* (Interview 3, S. 3, Z. 13f)

I4 gab an, dass er seine gesamte Schulzeit auf einer Sonderschule war. Er betonte aber mehrmals, dass er dort hauptsächlich Unterricht nach dem Hauptschullehrplan hatte:

„Basierend aber auf dem Hauptschullehrplan. Allerdings, Sonderschule war nur vom sechsten bis zum achten³.“ (Interview 4, S. 5, Z. 19f)

Es fällt auf, dass I4 im Interview besonders oft seine Erfolge hervorhob:

„Und dann hab ich die zweite Klasse übersprungen, was eigentlich ungewöhnlich ist.“ (Interview 4, S. 6, Z. 6)

Dafür nannte er folgenden Grund:

„Die Schreibschrift hab ich zu früh gelernt, mit sechs hab ich sie schon gelernt [...] Das hat mich einfach interessiert, ich glaub das ‚scharfe ß‘ war der erste Buchstabe. Was eigentlich ein schwerer Buchstabe ist für das Alter.“ (Interview 4, S.6, Z. 1ff)

³ Schuljahr

Als Grund für den Wechsel in den Sonderschullehrplan gab I4 an, dass er Schwierigkeiten mit der Zeit hatte:

„Ich glaub die Zeit -- es gab halt verschiedene Leistungsgruppen. Wenn man 200 Wörter schreiben muss, die unterste hat dann, ich glaub, eineinhalb Stunden, die mittlere hat im Grunde eine Stunde gehabt und die höchste, wo ich eigentlich fast permanent war, hatten 45 Minuten. Das heißt sehr knapp. Und die allerhöchste hatte 30 Minuten -- aber 45 Minuten sind immer noch knackig. Weil du wirklich noch überlegen musst, im Grunde, naja du hast kaum Zeit zu überlegen was du schreibst, sondern musst einfach schon losstarten.“ (Interview 4, S. 6, Z. 14ff)

Im Hinblick auf die Belastungen aufgrund von schwierigen Familienverhältnissen und daraus resultierender Fremdunterbringung, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass erschwerte Lernsituationen sowie der Bedarf an Förderung mit ungünstigen Umweltbedingungen bzw. erschwerten Lebenssituationen in Verbindung stehen können (vgl. Heimlich 2016, S. 13f).

5.1.4 Psychische Beeinträchtigungen

Alle Interviewpersonen berichteten in den Interviews von psychischen Beeinträchtigungen, die entweder sie selbst oder Personen in ihrer Umgebung als belastend erlebten.

I1 gab an, dass er die Diagnose ADHS hat und beschrieb dies folgendermaßen:

„Unruhig is ma und Tabletten muas ma nehmen.“ (Interview 1, S. 10, Z. 8)

Darüber hinaus schilderten alle Befragten Situationen, in denen es ihnen ‚nicht gut gegangen ist‘⁴. I2 ist aufgrund ihrer psychischen Verfassung zweimal in eine psychiatrische Klinik gekommen:

„dann war ich im Krankenhaus⁵. Weil mir is es nicht gut gegangen.“ (Interview 2, S. 3, Z. 6)

Zwei Personen benutzten die Bezeichnungen ‚Krisen‘, ‚Auszucker‘, ‚schlechtes Benehmen‘ bzw. ‚nicht gut verhalten‘, um Handlungen wie Selbstverletzung oder

⁴ diese Formulierung bezieht sich in diesem Kontext auf die psychische Verfassung der Befragten

⁵ in einer psychiatrischen Klinik

verbale bzw. körperliche Aggressionen anderen Personen gegenüber zu beschreiben. Diese Verhaltensweisen schienen den jeweiligen Situationen nicht angepasst gewesen zu sein und von ihrer Umwelt bzw. den jeweiligen Interaktionspartner*innen daher als „störend“ wahrgenommen worden zu sein. I2 und I3 berichteten im Hinblick darauf von mehreren Situationen, in denen sie einen Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und Wechseln von Wohn- und Arbeitsplätzen sehen, die wiederum Beziehungsabbrüche und -wechsel nach sich gezogen haben. Dies ist im Hinblick auf die Entwicklungsbedingungen in mehrfacher Hinsicht als ungünstig anzusehen: das Aufwachsen unter ungünstigen Lebensbedingungen und außerordentlichen psychosozialen Belastungen führt oft dazu, dass weniger Bewältigungsstrategien ausgebildet werden, was zu einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Beeinträchtigungen führt (vgl. Schanze 2007, S. 29). Als existenzielle Bedrohung erlebte Beziehungsabbrüche können dazu führen, dass die Entwicklung von sozialen Kompetenzen sowie die Fähigkeit mit Gefühlen umzugehen beeinträchtigt werden (vgl. Rauchfleisch 2011, S. 119ff).

I2 kam im Interview immer wieder auf Situationen zu sprechen, in denen sie Konflikte mit ihrer Mutter, deren Nachbarin und Betreuungspersonen hatte oder sich, wie sie es selbstbezeichnet, ‚nicht gut benommen‘ hatte. Im Folgenden begründet I2 ihr Verhalten mit der Unzufriedenheit mit ihrem Wohnplatz im Burgenland:

„Hab immer Zimmerarrest gekriegt, weil ich mich nicht gut benommen hab, weil ich weg wollte.“ (Interview 2, S. 3, Z. 22ff)

I2 führte, neben den bereits erwähnten Lernschwierigkeiten, ihr Verhalten als Grund für den Wechsel in eine Sonderschule an:

„Na früher musste ich zur Sonderschule gehen. Weil ich mich nicht gut verhalten hab. Da, in der Schule davor, hab ich mich nicht gut verhalten.“ (Interview 2, S. 5. Z. 28f)

Für I2 bedeutete sich ‚nicht gut verhalten‘ in diesem Kontext:

„weggelaufen -- genervt [...] hab ich die Turnsachen nie mitgehabt und viermal die Hausordnung abschreiben musste.“ (Interview 2, S. 5, Z. 34ff)

Ihre psychischen Krisen wirkten sich auch auf die Suche nach einer neuen Arbeit negativ aus, so berichtete I2 von schlechten Erfahrungen bei einem Schnuppertag:

„G’haut -- und geschimpft und dann war ich weg [...] Beim Schnuppern bei [Name eines sozialen Trägers]“ (Interview 2, S. 9, Z. 14)

I2 ist es sehr wichtig, dass sie Pausen machen und sich zurückziehen kann. Außerdem ist es für sie wichtig, den genauen Tagesablauf zu kennen. Dies war bei ihrer letzten Arbeitsstelle nicht möglich:

„die war’n ur streng dort, wenn du bei der Morgenrunde nicht mitmachst, Geldabzug, das is -- das war streng dort. Da kannst di fast nie ausruhn [...] das is anstrengend. Außerdem, ich weiß nicht, ob’s jetzt besser is dort, aber das war auch das Problem, ich war dort, als sie ganz frisch geöffnet hatte, da war das sehr chaotisch, wirklich alles, ur chaotisch.“ (Interview 2, S. 8, Z. 20ff)

I2 vermutet, dass sie wegen ihres Verhaltens unerwünscht war:

„Da gab’s die [Name einer Betreuerin], ich hab sie immer genannt ‚Ananas‘ [...] Die hat immer genervt, ich hab gesagt, wie sie genervt hat, die Betreuerin, ‚hallo Ananas‘. Und dann hab ich Ärger kriegt, 50 Cent Geldabzug. Dann hab ich gsagt ‚is mir wuascht‘. --- Ich glaub, die wollten mich nicht“ (Interview 2, S. 8, Z. 15ff)

I3 berichtete von mehreren Situationen, in denen er selbst- bzw. fremdgefährdendes Verhalten gezeigt hat. Den Schilderungen nach scheint er dies sehr zu bereuen und unter seinen eigenen Krisen zu leiden:

„da bin ich immer ausgezuckt, ausgezuckt, ausgezuckt, ausgezuckt, wie lange darf ich sprechen, ausgezuckt, ausgezuckt. Ich bin immer ausgezuckt, ich war aggressiv und immer war Polizei da und -- ich hab mich blutig gemacht mit dem Messer und so --- und das will ich nicht mehr machen, weil das ist nicht gut.“ (Interview 3, S. 3, Z. 30ff)

„Ich hab den [Name eines Betreuers] voll gezwickt, ich hab eine Anzeige gekriegt. Wieder. -- Aber jetzt mach ich das nicht mehr, ich muss das noch lernen. Aber jetzt will ich nie wieder auszucken.“ (Interview 3, S. 4, Z. 21ff)

Aufgrund von psychischen Krisen musste I3 schon mehrmals seine Arbeitsstellen wechseln:

„Weil ich dort ausgezuckt bin. Ich hab ein Hausverbot gekriegt. Und der hat gesagt letzte Chance und ich hab die nicht geschafft.“ (Interview 3, S. 5, Z. 2f)

Er ärgert sich sehr darüber, da er findet, dass dies nicht allein seine Schuld war:

„der scheiß [Name eines Arbeitskollegen] hat mich gehaut und geschlagen und der Blöde hat mich getreten, voll in die Eier, mir hat das keiner geglaubt -- ich -- da kommt der [Name eines ehemaligen Betreuers] und sagt ‚du hast als erster gehaut‘. Das stimmt nicht! Drum bin ich ausgezuckt.“ (Interview 3, S. 5, Z. 5ff)

I3 erwähnte außerdem, dass er „Anfälle“⁶ hat, deren Ursache er jedoch nicht kennt:

„Dann fall ich um -- und dann zuck ich so, mein ganzer Körper zuckt dann.“
(Interview 3, S. 4, Z. 34).

Für I4 schienen die Gewalterfahrungen bei der Pflegemutter und die Zeit im Krisenzentrum einschneidende Erlebnisse gewesen zu sein, die ihn heute noch belasten. Er berichtet, dass er jedes Jahr eine Phase hat, in der es ihm nicht so gut geht, weil er sich an diese schlimme Zeit erinnert:

„Man merkt’s ja auch, diese zwei Monate zwischen Oktober und November, dass es mir da immer schlechter geht.“ (Interview 4, S. 2, Z. 21f)

Außerdem gab er in einem Gespräch über sein Schlafverhalten an, dass er sich manchmal nicht so gut konzentrieren kann:

„manchmal schon. Aber das ist auch manchmal, wenn ich viel geschlafen hab -- ich glaube nicht, dass das zusammenhängt.“ (Interview 4, S. 11, Z. 25f)

5.1.5 Arbeit

Folgenden Aussagen zeigen, wie die Befragten mit ihrer Unzufriedenheit hinsichtlich ihrer Arbeitsstelle umgehen, was hier insofern relevant ist, als dass daraus Hinweise auf das jeweilige Selbstfürsorgeverhalten abgeleitet werden können.

I1 berichtete, dass er mit seiner aktuellen Arbeit eigentlich nicht so zufrieden ist und sich eine Veränderung wünscht. Aus Angst vor Unbekannten möchte er sich derzeit aber nicht nach einer neuen Arbeitsstelle umschauen:

„Na, die san dann vielleicht ned so nett, des waß ma jo nie.“ (Interview 1, S. 4, Z. 29)

⁶ bei ‚dissoziativen Anfällen‘ handelt es sich um eine „unterbewusst gesteuerte, unfreiwillige Reaktion auf überfordernde emotionale Belastungen“ (Stahlschmidt (o.D.), (o.S.)). Menschen, die davon betroffen sind, haben in ihrem Leben häufig ein Trauma erlebt (vgl. ebd.)

I2 scheinen manche Arbeitskolleg*innen zu nerven, weshalb sie nur noch für einen begrenzten Zeitraum an diesem Arbeitsplatz bleiben möchte:

„Eh ok. Die Leute -- sind nicht so -- die sind nicht so interessant -- aber es is eh ok. Nur manche sind oft nervig -- kann ich bleiben, bissl noch, für immer nicht, aber.“
(Interview 2, S. 7f, Z. 34ff)

I3 wird nach seinem baldigen Umzug aufgrund von Unzufriedenheit mit seinem langen Arbeitsweg auch seinen Arbeitsplatz wechseln:

„der Arbeitsweg ist mir zu lang. Der dauert länger als eine Stunde.“ (Interview 3, S. 5, Z. 27)

I4 scheint es wichtig zu sein, nach der Lehrabschlussprüfung eine gut bezahlte Arbeitsstelle zu finden:

„Nicht als Putzfrau [lacht]. Spaß. Vielleicht in einem Büro, weil da verdient man nämlich wirklich viel. Ich glaub, da verdient man mehr als eine Kassiererin, obwohl sie mehr arbeitet.“ (Interview 4, S. 7, Z. 22f)

5.1.6 Verhältnis zu Eltern bzw. Pflegemutter

Die einzelnen Interviewpersonen scheinen jeweils ein sehr unterschiedliches Verhältnis zu ihren Eltern bzw. Pflegeeltern zu haben.

Mehrere Aussagen lassen darauf schließen, dass I1 seine Eltern trotz der spannungsgeladenen Familiensituation als Rückhalt erlebt und diese für ihn zumindest teilweise eine soziale Ressource darzustellen. Er gab an, dass er ein gutes Verhältnis zu seinen Eltern hat:

„Ja und die ham mi a oft g’holt.“ (Interview 1, S. 2, Z. 38)

Dass I1 die Meinung seiner Eltern wichtig ist, spiegelte sich auch im Interview wider, indem er mehrmals ihre Meinung einbrachte. Vor allem zu seiner Mutter stellte I1 bei unterschiedlichen Themen einen Bezug her. Das Verhältnis zu seinem Vater scheint derzeit jedoch aufgrund seines Umzugs zu seiner neuen Freundin belastet zu sein:

„Und jetzt wohnt da Papa irgendwo bei seiner Freindin draußen, die is a / die kann ned alla auf’s Kind schau’n [...] da Papa hüft ihr die ganze Zeit. Und jetzt seh i den Papa nimma oft, weil er wohnt jetzt nimma in Wien und i glaub die neiche Freindin wü ned, dass ma uns seng. Is jo a Wahnsinn. Und dann hätt sa sie ka Kind ausschoffn

derfn, wenns des eh ned zambringt, wenn's des eh ned schofft. Weil a Kind is Verantwortung, des glaub i waß die ned. Und ihr Exfreund darf ja des Kind nur unter Aufsicht sehn, weil er hat des Kind gschüttlt, was i so ghört hab, und des is gefährlich für a Kind“ (Interview 1, S. 3, Z. 5ff)

I1 bringt in dieser Aussage Frustration darüber zum Ausdruck, dass er seinen Vater nun nicht mehr so oft sieht. Dies kann zugleich als Hinweis gedeutet werden, dass dieser für I1 eine wichtige Bezugsperson ist.

Auch für I2 scheint ihre Mutter trotz der vielen Streitigkeiten eine wichtige Bezugsperson zu sein. Im Interview berichtete sie mehrmals von Situationen, in denen sie darunter litt, dass sie diese nicht sehen durfte:

„Ja, ich konnte da nicht zu meiner Mama, hab sie mindestens ein Monat nicht gesehen. [...] Ich hab immer Maaarrest kriegt. [...] weil ich sie nicht gesehen hab. Wos soll ma tun. Wie ich sie dann gesehen hab, wollt ich gar nicht weg.“ (Interview 2, S. 3, Z. 22f)

Gleichzeitig deuten einige Aussagen auf ein ambivalentes Verhältnis hin. Die Mutter scheint für I2 einerseits eine wichtige Bedeutung zu haben, andererseits scheint sie auch genervt von ihr zu sein:

„[Handy läutet] Das is die Mama. Die nervt schon wieder. Ich will jetzt nicht mit ihr telefonieren“ (Interview 2, S. 4 Z. 5f)

Dieser Eindruck wird durch folgende Aussage verstärkt, die im Hinblick auf das Einschreiten des Jugendamts ein Hinweis darauf sein könnte, dass ihre Mutter mit der Elternrolle überfordert war und möglicherweise ebenso Lernschwierigkeiten und/oder eine psychische Beeinträchtigung hat:

„Die Mama is manchmal im Kopf wie ein Kind [...] Das nervt. Drum streiten wir so oft.“ (Interview 2, S. 5, Z. 24)

In der Erzählung über die Drohung des Mannes, der ihre Mutter früher geschlagen hatte, scheint I2 ihrer Mutter gegenüber sogar eine behütende Rolle einzunehmen:

„Wenn der da Mama irgendwas macht, dann griagt a von mir ane über'n Schädl“ (Interview 2, S. 5, Z. 5)

I3, der kurz nach seiner Geburt zu einer Pflegefamilie gekommen ist, berichtete zwar von gelegentlichem Kontakt mit seiner Mutter, insgesamt scheint sie ihm jedoch wenig emotionalen Rückhalt zu geben:

„Geht so. Manchmal geh ich mit ihr Sushi essen. Oder sie kommt vorbei, in die WG, zum Rauchen und Kaffee trinken.“ (Interview 3, S. 6, Z. 2f)

Mit seinen ehemaligen Pflegefamilien hat er keinen Kontakt, obwohl er dies gerne hätte:

„Ich will eh Kontakt, aber dann bin ich in eine andere Pflegefamilie gekommen, die wohnen noch dort, aber die kennen mich nicht mehr, bin schon erwachsen, bin schon groß. Und die schauen so und kennen mich nicht mehr.“ (Interview 3, S. 1, Z. 22ff)

Insgesamt scheinen für I3 lediglich die häufig wechselnden Betreuungspersonen wichtige Bezugspersonen gewesen zu sein.

I4 hingegen findet, dass er sowohl zu seiner Pflegemutter als auch zu seiner Mutter ein gutes Verhältnis hat und erwähnte auch in seinen Erzählungen, dass ihm Besuche bei ihnen helfen, wenn es ihm nicht so gut geht:

„Wegfahn. Zur Pflegemutter oder zur Mama.“ (Interview 4, S. 10, Z. 4)

Dementsprechend ist davon auszugehen, dass für I4, trotz der belastenden Erfahrungen, sowohl seine Pflegemutter als auch seine Mutter eine soziale Ressource darstellt. I4 berichtete, dass er seit der Wegnahme von Zuhause regelmäßig Kontakt zu seiner leiblichen Mutter hat. Hinsichtlich seiner Bedeutung in ihrem Leben scheint er jedoch Unsicherheiten zu haben:

„[vorsichtig] Ich glaub sie mag mich nämlich [...] sie macht einfach echt viel Blödsinn, die Mama -- zu Streit ist es mit ihr noch nicht gekommen, das is immer nur Spaß, mit da Mama.“ (Interview 4, S. 4, Z. 39)

5.2 Bedeutung von Selbstfürsorge

In diesem Teil erfolgt eine Analyse der problemzentrierten Interviews, wobei der Fokus auf die Bedeutung von Selbstfürsorge für die Interviewpersonen gelegt wird. Da in dieser Arbeit auch hier nicht auf alle erhobenen Aspekte eingegangen werden kann, wurde die Auswahl der dargestellten Inhalte entsprechend ihrer Relevanz für die zugrunde liegende Forschungsfrage getroffen.

5.2.1 Persönliche Selbstfürsorge

Selbstfürsorgestrategien

Jede der vier Interviewpersonen gab an, über mehrere Strategien zu verfügen, um die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern, und in als belastend erlebten Situationen negative Gefühle zu regulieren bzw. positive Gefühle zu erzeugen. Dabei wurden mehrfach Aktivitäten angeführt, die im Sinne wissenschaftlicher Publikationen als positives Gesundheitsverhalten eingeordnet werden können, also Verhaltensweisen wie körperliche Bewegung oder ausgewogene Ernährung, die zum Schutz sowie der Förderung der Gesundheit beitragen können (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 132f). Alle Befragten gaben an, dass Rückzug ins Zimmer und die Beschäftigung mit Konsolenspielen für sie hilfreich sein können, je drei Personen nannten zudem das Schauen von Filmen bzw. Zuwendung von Betreuungspersonen. Je zwei Personen gaben an, auf ausreichend Schlaf zu achten bzw. im Alltag regelmäßig für Pausen zurückziehen.

I1 gab an, dass er darauf achtet, genug zu schlafen und sich oft in sein Zimmer zurückzieht, um zu entspannen. Wenn es ihm nicht gut geht, findet er Ablenkung durch digitale Medien am hilfreichsten:

„spielen. Wenni ned guad drauf bin -- oder Fernseh.“ (Interview 1, S. 6, Z. 12)

Wenn er krank ist, legt er sich ins Bett und ruht sich aus oder schläft.

I2 hat, ihren Erzählungen nach, ein breites Repertoire an Strategien entwickelt. Sie gab an, dass sie bei schlechter Laune nach der Arbeit häufig länger Bus fährt und Musik hört. Desweiteren führte sie an, dass es ihr hilft, an Lavendelöl zu riechen, ein Stofftier zu kuscheln, sich mit ihrer Therapiedecke zuzudecken, eine Radtour zu machen, Musik zu hören, am Hometrainer Rad zu fahren oder in der Natur spazieren zu gehen. Außerdem gab sie an, manchmal duschen zu gehen, wenn es ihr nicht so gut geht sowie ihr Bedarfsmedikament zu nehmen, Konsolenspiele zu spielen oder Film zu schauen.

I2 gab an, dass für sie ausreichend Schlaf wichtig für einen ‚guten Tag‘⁷ ist:

„Wenn ich nicht gut schlaf, ist das kein guter Tag. [lacht]“ (Interview 2, S. 10, S. 26)

Außerdem berichtete sie, dass ihr Pausen und Entspannung sehr wichtig sind.

Für I3 scheint vor allem Rückzug in sein Zimmer hilfreich zu sein:

„In mein Zimmer gehn, das hilft.“ (Interview 3, S. 3, Z. 27)

Er gab außerdem an, dass er sich dann mit Konsolenspielen ablenkt. Zudem berichtete er, manchmal ein Entspannungsbad mit duftendem Badesalz zu nehmen, wenn es ihm nicht gut geht und die regelmäßige Einnahme von Medikamenten als hilfreiche Präventionsmaßnahme gegen psychische Krisen zu sehen:

„weil wenn ich keine Pulver nehme, dann zuck ich aus und dann müßma die Polizei rufen -- und das will ich nicht“ (Interview 3, S. 9, Z. 25f)

Er erzählte, dass es ihm auch hilft seine Emotionen zu kontrollieren, wenn er sich selbst bzw. seinem Magen gut zuredet:

„Mein Magen ist gut, weil mein Magen hält das aus. Mein Kopf bis Magen halten das aus. Der beschwert sich nicht mehr. Wenn der Kopf die Pulver nimmt, dann sagt er ‚Magen, beschwer dich nicht mehr, du bist nicht böse, du willst nicht auszucken‘. Und früher einmal hab ich gesagt ‚ich zucke aus, weil mein Magen das sagt‘. Aber mein Magen sagt ‚ganz ruhig, [Name der Interviewperson], nimm die Pulver, ich will sie jetzt auch nehmen‘.“ (Interview 3, S. 9, Z. 29ff)

I4 erzählte, dass es ihm, wenn es ihm nicht gut geht, hilft, an bessere Zeiten zu denken oder durch Minecraft spielen auf andere Gedanken zu kommen. Außerdem gab er an, dass er Ablenkung durch andere Menschen hilfreich findet, und es mag, wenn Betreuungspersonen für ihn da sind. Er erzählte auch, dass er dann manchmal seine Mama oder Pflegemutter besucht. Darüber hinaus führte er an, dass ihm Entspannung sehr wichtig ist, die für ihn demnach vor allem Rückzug in

⁷ bezieht sich auf ihre ‚Stempelchallenge‘, bei der sie für jeden Tag, an dem sie keine selbst- bzw. fremdgefährdenden Verhaltensweisen zeigt, einen Stempel bekommt

sein Zimmer bedeutet. Er betonte auch, dass ihm Selbstbestimmung und Flexibilität wichtig sind, und er Pläne daher nicht so genau nimmt:

„Planung ist bei mir nicht sehr genau. Wenn man zu mir sagt 14 Uhr, dann ist mir das lieber gegen 14 Uhr. Auch in der Früh, wenn ich in die Arbeit geh, acht Uhr, is mir lieber, wenn ich auch um acht Uhr zwei gehen kann, oder um sieben Uhr fünfzig.“ (Interview 4, S. 11, Z. 1ff)

Obwohl I4 schon lange gegen COVID-19 geimpft ist, gab er an, auf zusätzliche Schutzmaßnahmen zu achten:

„Ja ich schau schon, dass ich nicht zu viele Leute treff, weil ich möchte mich wirklich nicht anstecken.“ (Interview 4, S. 9, Z. 35f)

Er führte an, sich bei körperlichen Beschwerden und Krankheiten in sein Bett zurückzuziehen und sich auszuruhen bzw. Konsolenspiele zu spielen. Außerdem gab er an, dass er sich freut, wenn sich Betreuer*innen Zeit für ihn nehmen, meinte aber auch, dass er sich dann freiwillig absondert, um niemanden anzustecken. Bei Kopfschmerzen gab er an die Sonne zu meiden und die Bildschirmhelligkeit auf die geringste Stufe zu stellen.

Körperliche Bewegung

Alle befragten Personen gaben an, dass sie körperliche Bewegung wichtig für die Gesundheit finden, wobei den Erzählungen nach nur zwei Personen häufig Bewegung machen, während eine weitere sich zumindest ab und zu bewegt. Bis auf I3 erzählten alle, dass sie gerne spazieren gehen. I1 sowie I2 berichteten, sich oft und gerne zu bewegen und das Gefühl zu haben, dass ihnen Bewegung guttut. Beide gaben an, gerne Radzufahren. I2 berichtete, dass sie zudem regelmäßig zu der Dauer von drei Liedern auf ihrem Hometrainer Rad fährt. I1 berichtete, früher manchmal im Fitnessstudio gewesen zu sein, was nun aber leider nicht mehr möglich sei. I4 gab an, dass er derzeit ab und zu Bewegung macht. Er erzählte, dass er in der Arbeit früher einmal in der Woche eine fixe Sporteinheit hatte, die aufgrund der COVID-19-Pandemie derzeit aber nicht stattfindet. Nur I3 berichtete, kaum Bewegung zu machen. Als Grund gab er an, dass er sich einfach nicht gerne bewegt und zudem bereits bei leichter Anstrengung Atembeschwerden hat:

„ich kann nicht gut atmen, wenn ich mich bewege“ (Interview 3, S. 7, Z. 12)

Er gab an, dass er nicht glaubt, dass er sich lieber bewegen würde, wenn er besser atmen könnte, und begründete dies damit, dass er sich einfach nicht gerne anstrengt.

Ernährungsgewohnheiten

Obwohl gesunde Ernährung den Ergebnissen zufolge von allen Befragten als wichtig erachtet wird, findet demnach nur I4, dass er sich gesund ernährt. Als konkretes Beispiel für seine gesunden Ernährungsgewohnheiten führte er an, dass er sich bei Palatschinken bewusst für eine pikante Füllung entscheidet, da er Nutella für sehr ungesund hält:

„Das beste Beispiel sind ja Palatschinken, ich esse Pikante, statt den Süßen [...] Nutella ist ja wirklich nicht gesund“ (Interview 4, S. 12, Z. 22)

I1 gab an, dass er sich halbwegs gesund ernährt. I2 erzählte, dass sie gesundes Essen eigentlich wichtig findet, es ihr aber nicht immer gelingt, gesund zu essen:

„ich schaff das nicht immer. Aber manchmal schaff ich's schon. Manchmal.“
(Interview 2, S. 10, Z. 30f)

Sie führte an, dass sie sich vor allem mit dem Verzicht auf Süßigkeiten schwertut:

„[stolz] Aber ich hab mir heute keine gekauft.“ (Interview 2, S. 10, Z. 35)

I2 erzählte, dass sie zukünftig gesündere Ernährungsgewohnheiten entwickeln möchte.

I3 gab an, dass er sich aufgrund von mangelndem Appetit auf Gemüsegerichte nur selten gesund ernährt:

„den Salat, den du machst, mag ich eh gern. Mit Avocado und Nüssen. Aber immer nur Gemüse, Gemüse, Gemüse -- nicht so“ (Interview 3, S. 7, Z. 29)

Er begründete seine Ernährungsgewohnheiten mit fehlendem Appetit auf Gemüsegerichte:

„Die Betreuer kochen eh gut -- aber wenn's Gemüse gibt -- ich hab dann oft nicht so Hunger“ (Interview 3, S. 7, Z. 34)

Aufgrund seiner Lebererkrankung gab er an, nun aber weniger Süßigkeiten zu essen:

„Meine Leber is eh schon krank. Drum brauch ich weniger Süßigkeiten. Weil die sind ungesund.“ (Interview 3, S. 8, Z. 3f)

I3 findet, dass es eigentlich besser wäre, gesünder zu essen. Bis auf die Süßigkeitsreduktion ist er demnach aber nicht bereit, seine Ernährung umzustellen.

Keine der Interviewpersonen gab an, für sich selbst zu kochen. Als Gründe wurden mangelnde Motivation oder fehlende Fähigkeiten genannt. Nur I1 berichtete, manchmal in der WG beim Kochen mitzuhelfen. Als Begründung für die Bevorzugung von Fertiggerichten führt er an, dass sich sein Vater auch nie fürs Kochen interessierte. Er selbst würde aber gerne einmal besser Kochen lernen. I4 meinte, dass er öfter kochen würde, wenn er allein wohnen würde. Derzeit könne er noch nicht gut kochen:

„Beim Kochen bin ich leider wirklich scheiße, muss ich zugeben, da bin ich wirklich schlecht.“ (Interview 4, S. 14, Z. 9f)

Er erzählte aber, dass er mit seiner Pflegemutter oft selbst gekocht hatte und dies viel besser findet als Fertigprodukte:

„Wir sind immer früher spazieren gegangen und da gab’s immer so Holunderstauden und da haben wir’s von dort genommen. Das ist nämlich so cool, wenn man dann einfach so selbst gemachte Sachen hat, weil es hat irgendwie mehr Stil. Ich find’s irgendwie viel besser, wenn man so Essen so selbst macht und nicht so ,da hast du’s so, fertig‘.“ (Interview 4, S. 14, Z. 1ff)

Süßigkeiten

Alle Personen sind der Meinung, dass Süßigkeiten schlecht für die Gesundheit sind. Deshalb hat I1 seinen Angaben nach seinen Süßigkeitskonsum reduziert und ist froh, dass es ihm leichtfällt. I2 und I3 gaben an, dass sie weniger Süßigkeiten essen wollen, sich aber schwer damit tun. I3 erwähnte, dass ihm dies jedoch nun, mit Unterstützung beim Einteilen durch die Betreuungspersonen, gelingt. I4 gab an, dass er nur selten nascht.

Trinkverhalten

Bis auf I2 gaben alle Personen an, genug zu trinken. I1 erzählte, dass er darauf achtet, nicht nur zuckerhaltige Getränke, sondern auch genug Wasser zu trinken. I3 berichtete zwar, genug zu trinken, führte dabei aber vor allem Eistee und Cola an. Dass I2 wenig trinkt, begründete sie folgendermaßen:

„Ich weiß auch nicht -- ja weil ich's nicht brauch. Ich brauch kein Wasser, weil ich keinen Durst hab.“ (Interview 2, S. 11, Z. 7f)

I2 führt die geringe Flüssigkeitsaufnahme also darauf zurück, dass sie keinen Durst hat. Sie scheint daraus den Schluss zu ziehen, dass ihr Körper kein Wasser braucht und diesbezüglich über wenig Gesundheitswissen zu verfügen. Sie erwähnte später noch, dass sie schon einmal gehört hat, dass es wichtig sei viel zu trinken, sie jedoch nicht wisse, warum und es ihr deshalb auch nicht wichtig sei, darauf zu achten. Das fehlende Verständnis über die Wichtigkeit einer ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme führt hier also dazu, dass I2 diese nicht beachtet.

Destruktive Selbstfürsorgestrategien

Neben den bereits dargestellten Selbstfürsorgestrategien, die in als belastend erlebten Lebenslagen als hilfreich empfunden werden, schilderten I2 und I3 in den Interviews auch Verhaltensweisen, die als destruktive Selbstfürsorgestrategien einzuordnen sind.

I2 erzählte, dass es ihr manchmal hilft, sich selbst zu verletzen, obwohl sie findet, dass dies ihrem Körper schadet:

„Mir weh tun [...] manchmal bin ich dann besser gelaunt.“ (Interview 2, S. 10, Z. 4ff)

Sowohl I2 als auch I3 gab an, sich nach dem Verzehr von Süßigkeiten oft besser fühlen. Beide erwähnten aber auch, dass sie ihren Süßigkeitskonsum reduzieren möchten, da sie dies eigentlich nicht gesund finden. I3 gab außerdem an, dass es ihm oft hilft, zu rauchen:

„Rauchen und Süßigkeiten, das hilft mir“ (Interview 3, S. 6, Z. 29)

Und obwohl er anführte, dass er Rauchen nicht gesund findet und bereits unter starker Kurzatmigkeit leidet, möchte er nicht damit aufhören.

Die angeführten destruktiven Verhaltensweisen können als eine Form von Selbstfürsorge bzw. als Versuch betrachtet werden, sich vor negativen Gefühlen zu schützen, und werden häufig bei Menschen beobachtet, die bereits in der Kindheit traumatische Erfahrungen gemacht haben (vgl. Feselmayer&Andorfer 2009, S. 20). Menschen, die unter ungünstigen Lebensbedingungen und außerordentlichen psychosozialen Belastungen aufwachsen, bilden oft nur wenige Bewältigungsstrategien aus (vgl. Schanze 2007, S. 29). Diese Überlegungen sind insofern relevant, als I2 und I3 in ihrer Kindheit Vernachlässigung sowie mehrfache Trennungen und Wechsel ihrer Bezugspersonen erlebt haben. Es ist anzunehmen, dass sie in Situationen, in denen ihre persönlichen Bewältigungsstrategien überschritten werden, auf die eben geschilderten destruktiven Verhaltensweisen zurückgreifen (vgl. Faltermaier&Lessing 2014, o.S.).

5.2.2 Gesundheit

Gesundheitsempfinden

Während drei Personen angaben, dass sie sich gesund fühlen, tat sich I3 schwer, seinen Gesundheitszustand einzuschätzen. I1 und I4 erzählten, dass sie gut auf sich achten, während I3 diesbezüglich unsicher war.

Stellenwert Gesundheit

Gesundheit hat den Erhebungen nach für alle Befragten einen hohen Stellenwert. Alle vier Interviewpersonen gaben an, dass sie bereit sind, selbst etwas zu ihrer Gesundheit beizutragen. I4 begründete den hohen Stellenwert von Gesundheit folgendermaßen:

„Sehr wichtig, weil dann lebt man ja auch am längsten.“ (Interview 4, S. 13, Z. 21)

Gesundheitliches Risikoverhalten

Neben gesundheitsförderlichem Verhalten berichteten die Teilnehmer*innen auch von Risikoverhaltensweisen wie Übergewicht, Rauchen, ungesunde Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum und Schlafmangel. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass diese Verhaltensweisen die Gesundheit gefährden können (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 434).

Drei Interviewpersonen waren bzw. sind ihren Angaben zufolge von Übergewicht betroffen. Die in wissenschaftlichen Publikationen diskutierten Ursachen für Übergewicht bei Menschen mit Lernschwierigkeiten spiegeln sich auch in den Interviews wider (vgl. Allweiss et al. 2015, S. 21). Zwar kann anhand des zur Verfügung stehenden Materials nicht beurteilt werden, ob bei den Befragten ein Zusammenhang zwischen der Einnahme von Medikamenten und ihrem Übergewicht besteht. Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten und zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen viel häufiger Psychopharmaka erhalten (vgl. Seidel 2011, S. 12ff), welche neben anderen Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck häufig zu Übergewicht führen (vgl. Burtcher 2015, S. 2). Aufgrund einiger Äußerungen kann jedoch darauf geschlossen werden, dass Bewegungsmangel und ungünstige Ernährungsgewohnheiten Einfluss auf die Gewichtszunahme haben bzw. hatten.

I1 erzählte, dass er während COVID-19 bedingten Lockdowns zugenommen, danach aber auch wieder abgenommen hatte und sich so wieder viel besser fühlt:

Weniger Süßigkeiten und Bewegung. Radl gfoan bin i vü. Während Corona hob i viel zugenommen [...] do hob i mi wenig bewegt. Und viel genascht hob i.“ (Interview 1, S. 8, Z. 4ff)

Sein Übergewicht störte ihn, weil er sich damit nicht wohlfühlte, das Atmen schwerer fiel und das Treppensteigen anstrengender war. Zudem gefiel es seiner Mutter nicht, dass er so viel zugenommen hatte, was ihn störte, weil es ihm sehr wichtig ist, was seine Eltern über ihn denken:

„Die Mama wü a ned, dass i so vü Kilo hob.“ (Interview 1, S. 7, Z. 7)

Auch I3 gab an, dass er es gut findet, dass er durch die Reduktion von Süßigkeiten ein bisschen abgenommen hat:

„Ich hab eh ein bissi abgenommen. Weil ich die Süßigkeiten jetzt immer abgeb. Jetzt nasch ich nicht mehr so viel“ (Interview 3, S. 10., Z. 23f)

I2 führte an, dass sie vor allem aus modischen Gründen abnehmen möchte:

„Die coolen Sachen passen mir fast nie. Darum mag ich abnehmen.“ (Interview 2, S. 14, Z. 20)

Zwei Interviewpersonen gaben an, regelmäßig zu rauchen. I1 erzählte, dass er mit 16 Jahren zu rauchen begonnen hat und nun süchtig ist:

*„I1: Dann gewöhnt ma sich daran, dann wird ma süchtig. Sonst werd i unruhig.
I: Wenn du nicht rauchst, wirst du unruhig?
I1: Ja, weil dann bin i süchtig geworden.“* (Interview 1, S. 7, Z. 21ff)

I1 scheint sich seiner Sucht bewusst zu sein und gab auch an, dass er einmal zu rauchen aufhören möchte, wofür er seine Mutter als Vorbild sieht:

„Jo i wü eh amoi aufhörn, die Mama hots gschofft. Die hot glaubi mit 18 anfangen und mit 32 aufgehört und jetzt wird sie heuer 58 und sie raucht scho nix mehr“ (Interview 1, S. 7, Z. 31f)

I3, für den Rauchen auch eine Bewältigungsstrategie zu sein scheint, findet dies zwar ungesund für den Körper, möchte aber trotz Atembeschwerden weiterräumen. Er erzählte außerdem, dass er sich nicht gesund ernährt. Obwohl er bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen hat und denkt, dass eine gesündere Ernährung besser wäre, gab er an, dass er nicht vor hat seine Ernährung zu ändern.

I4 erwähnte, dass er seine gesunden Ernährungsgewohnheiten unterbricht, wenn er Alkohol konsumiert, um dessen Wirkung aufzuheben:

„dann brech ich mit dem gesunden Essen. Da ess ich zum Beispiel dann einen Burger, danach. Da wird der Alkohol dann weggelöscht. Im Grunde den Alkohol überdeck ich mit einem Burger. Im Grunde verschwindet er dann sofort und kann sich nicht festsetzen“ (Interview 4, S. 13, Z. 7ff)

Er scheint also über wenig Wissen über die Wirkung von Alkohol zu verfügen. I4 gab an, dass er trotz der regelmäßigen Einnahme von Psychopharmaka manchmal Alkohol trinkt und geringe Mengen gut verträgt. Außerdem betonte er, dass es bisher nur einmal zu Verwirrtheit gekommen ist, als er zu viel getrunken hatte, und er daher nun bewusst auf einen geringen Konsum achtet:

„und ich glaube, was auch nicht viele haben, ist den Alkoholkonsum von selbst zu begrenzen, von selbst zu stoppen. Bei mir ist der Konsum wirklich extrem gering [...] ich trink's nur, wenn's wirklich einen Sinn hat“ (Interview 4, S. 12, Z. 27ff)

I4 gab an, dass er einen unregelmäßigen Schlafrhythmus hat:

„es gibt bei mir eine gewisse Unregelmäßigkeit.“ (Interview 4, S. 10, Z. 33f)

Auf die Nachfrage, ob er glaubt, dass ein regelmäßiger Schlafrhythmus grundsätzlich gesund wäre, meinte er:

„Ja -- ich kürz ihn nur bedingt runter.“ (Interview 4, S. 11, Z. 12)

Auf die Nachfrage, ob er denkt, dass sich Schlafmangel negativ auf die Konzentrationsfähigkeit auswirken kann, meinte er:

„Äh -- [sehr leise] manchmal schon. Aber das ist auch manchmal, wenn ich viel geschlafen hab, ich glaube nicht, dass das zusammenhängt.“ (Interview 4, S. 11, Z. 27f)

I4 scheint also manchmal einen Zusammenhang zu vermuten, Schlafmangel jedoch nicht als alleinige Ursache für seine Konzentrationsschwierigkeiten zu sehen.

Gesundheitswissen

Als Voraussetzung für die Anwendung bzw. Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen wird der Erwerb von Gesundheitskompetenz gesehen (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 140f). Da die Befragten einige positive und negative Einflüsse auf ihre Gesundheit zu kennen scheinen, und sie ihren Erzählungen zufolge zumindest teilweise einen gesundheitsfördernden Umgang mit ihrem Körper haben, ist davon auszugehen, dass sie alle über Gesundheitskompetenz verfügen. Bis auf I3 berichteten alle, dass sie das Gefühl haben, viel darüber zu wissen, was sie selbst zu ihrem Wohlbefinden beitragen können. Als konkrete Beispiele nannten sie Sport, gesunde Ernährung und Reduktion von Süßigkeiten. Lediglich I3 kommunizierte im Gespräch, dass er unsicher ist, ob er viel darüber weiß bzw. darüber, was er selbst dafür tun kann. I1 und I4 gaben an, dass ihre Bezugspersonen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen gespielt haben. I1 gab an, dass er von seinen Eltern viel über Gesundheit gelernt hat und nannte im Interview mehrmals Beispiele:

„die Mama sagt a, Bewegung ist wichtig [...] und weniger Süßigkeiten, oba des mocht i jetzt eh ned.“ (Interview 1, S. 6, Z. 33f)

Außerdem gab er an, dass ihm die Meinung seiner Eltern, vor allem von seiner Mutter, sehr wichtig ist. Dies spiegelte sich im Interview insofern wider, als er mehrmals ihre Standpunkte erwähnte.

I2 und I3 berichteten, dass sie von ihren Eltern keinerlei Gesundheitswissen vermittelt bekamen, worüber I2 frustriert zu sein scheint:

„[zynisch] von da Mama sicher ned.“ (Interview 2, S. 12, Z. 30)

Alle Interviewpersonen gaben an, dass Betreuer*innen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von Gesundheitswissen gespielt haben, für I2 und I3 scheinen diese sogar die einzige Informationsquelle gewesen zu sein:

„von den WGs, von den alten, und viel von der [Name der aktuellen WG]“.
(Interview 2, S. 12, Z. 30f)

I4 nannte zudem Radio Wien als Bezugsquelle von Gesundheitstipps. Alle Befragten äußerten, dass sie mehr über Gesundheit und gesunde Ernährung lernen möchten, I4 bekräftigte:

„Man kann nie genug wissen. Man lernt nie aus.“ (Interview 4, S. 12, Z. 18)

Dass nur eine von drei Personen neben engen Bezugspersonen Eltern bzw. Pflegeeltern und Betreuer*innen eine andere Bezugsquelle für Gesundheitswissen nannte, kann als Hinweis gedeutet werden, dass die befragten Personen von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung kaum erreicht werden. Außerdem zeigt sich im Hinblick auf den Erwerb von Gesundheitswissen insofern ein Zusammenhang mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, als davon ausgegangen wird, dass die Weitergabe von Gesundheitskompetenz über Kultur, Bildung und Erziehung erfolgt und somit stark vom jeweiligen sozialen Herkunftsmilieu abhängt (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 140ff). In der näheren Betrachtung der Unterschiede bei Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten bei den einzelnen Interviewpersonen wird ein Zusammenhang zwischen den Aufwuchsbedingungen, insbesondere im Hinblick auf das Verhältnis zu den Bezugspersonen, ersichtlich. Wenn man davon ausgeht, dass die Entwicklung des individuellen Selbstfürsorgesverhaltens von den eigenen Fürsorgeerfahrungen mit bedeutsamen Bezugspersonen in Kindheit und Jugend abhängt (vgl. Haubl 2012, S. 7), fällt im Hinblick auf die Interviews auf, dass diejenigen Personen, die den Interviews zufolge mehr Stabilität von ihren Bezugspersonen erfahren haben, tendenziell einen selbstfürsorglicheren Lebensstil zu haben scheinen. Während I2 und I3 als einzige Informationsquelle ihre Betreuer*innen nannten, führten I1 und I4 im

Hinblick darauf vor allem Eltern bzw. die Pflegemutter an. Werden die Angaben mit den Erzählungen über das Selbstfürsorgeverhalten bzw. Gesundheitsverhalten der jeweiligen Personen in Verbindung gebracht, fällt auf, dass diejenigen, bei denen sich die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen auf häufig wechselndes Betreuungspersonal beschränkte, von risikoreicheren Verhaltensweisen berichten. Hingegen scheinen diejenigen, die zusätzlich vom Wissenstransfer ihrer Eltern bzw. Pflegemutter profitierten, über mehr Gesundheits- und Ernährungswissen zu verfügen und gesundheitsbezogenes Wissen häufiger zugunsten ihrer Gesundheit in tägliche Aktivitäten zu integrieren. Der Interviewanalyse zufolge kann davon ausgegangen werden, dass I3 insgesamt eine niedrigere Gesundheitskompetenz aufweist, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zeigt und mehr gesundheitliche Beschwerden hat. Dies deckt sich mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, die darauf hinweisen, dass mit einer geringen Gesundheitskompetenz eine Neigung zu riskanterem Verhalten, weniger Selbsthilfe sowie einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht (vgl. WHO 2016, S. 1).

Werden diese Überlegungen mit dem Konzept der Selbstfürsorge in Beziehung gesetzt, könnte davon ausgegangen werden, dass der erschwerte Zugang zu verständlichen gesundheitsbezogenen Informationen auch zu Benachteiligungen bei der Entwicklung von selbstfürsorglichem Verhalten führt. Die Förderung der Gesundheitskompetenz könnte daher auch auf die Entwicklung des Selbstfürsorgeverhaltens einen positiven Einfluss haben, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken könnte. Wenn Menschen befähigt werden, durch Selbstfürsorge eigenverantwortlich ihre Gesundheit sowie ihr Wohlbefinden zu fördern, könnte dies zum Abbau von gesundheitlicher Benachteiligung beitragen und damit die Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit fördern.

Ernährungswissen

Alle Interviewpersonen gaben an, dass sie viel Obst und Gemüse für eine gesunde Ernährung halten und mehr über gesunde Ernährung lernen wollen. I1 und I4 gaben an, dass sie bereits viel über gesunde Ernährung wissen. I3 erzählte, dass er ein

paar Lebensmittel sowie deren Reihung in der Ernährungspyramide auswendig kennt:

*„in der Mitte sind die Eier, und unten das Obst und Gemüse und oben is das Cola“
(Interview 3, S. 9. Z. 11f)*

I1 und I2 nannten im Interview konkrete Beispiele für gesunde Lebensmittel. So erwähnte I1 konkrete positive Auswirkungen auf einzelne Organe und erzählte, dass er Salat zwar nicht mag, ihn aber trotzdem isst, weil er ihn für gesund hält. Im Gespräch über ungesunde Lebensmittel meinte er:

„Wurst is ned so gsund. Und Mayonnaise, was da [I3] gern isst.“ (Interview 1, S. 9, Z. 7)

In dieser Aussage wird ersichtlich, dass I1 in der Lage ist, sein Gesundheitswissen auch auf konkrete Situationen zu beziehen und anhand dessen die Ernährungsgewohnheiten seines Mitbewohners zu beurteilen. Die Nachfrage, warum er glaubt, dass Mayonnaise so ungesund ist, begründete er damit:

„Weil das pures Fett ist [...] Eier und Öl, das is ja pures Fett.“ (Interview 1, S. 9, Z. 10f)

I3 brachte im Gespräch über konkrete gesunde Nahrungsmittel die Frage ein, ob Bounties gesund seien, da diese hauptsächlich aus Kokos bestünden. Als an dieser Stelle von der Interviewerin eingebracht wurde, dass die Füllung zudem auch viel schädlichen Zucker enthalte, reagierte I3 zunächst sehr verständnislos und entgegnete, dass Obst nicht gesünder als Süßigkeiten sei. Er begründete dies damit, dass Obst seine Süße ebenfalls durch den Zucker erhalten würde und er sich nicht vorstellen kann, dass dieser Zucker gesünder als der in Süßigkeiten enthaltene ist:

*„I3: [...] aber Obst ist auch Zucker drinnen, das weiß ich.
I: Obst schmeckt auch süß. Aber ich hab gehört, der Zucker, der da drinnen ist, ist viel besser, für die Zähne zum Beispiel. Gesünder als der Zucker in den Süßigkeiten.
I3: [energisch] Das stimmt nicht! Das weiß ich genau! Der Zucker ist auch ungesund.“ (Interview 3, S. 10, Z. 27ff)*

Im weiteren Gespräch konnte sich darauf geeinigt werden, beim anstehenden Ernährungsworkshop die Ernährungsberaterin danach zu fragen. An dieser Stelle wurde deutlich, dass außenstehenden Expert*innen bei der Vermittlung von

gesundheitsbezogenen Informationen eine wesentliche Rolle zukommen kann. Der Ernährungsberaterin wird hier aufgrund ihrer Expert*innenrolle im Hinblick auf Ernährung mehr Vertrauenswürdigkeit zugestanden.

I4 brachte ein, dass er Essen bei Mc Donald's aufgrund des hohen Zuckergehalts für ungesund hält. Er ist der Ansicht, dass es aber auch gesunde Speisen wie beispielsweise die Salate gibt. Für gesund hält er selbstgemachte Burger.

Gesundheitliche Probleme

I1, I2 und I4 waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 21 und 23 Jahren alt und gaben an, dass sie sich gesund fühlen. Sie berichteten von keinen körperlichen Beschwerden. I3, der am Tag des Interviews 28 Jahre alt und somit die älteste Interviewperson war, berichtete hingegen, bereits von mehreren gesundheitlichen Problemen betroffen zu sein. Dies deckt sich mit Forschungsergebnissen, dass gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten mit zunehmendem Alter deutlich ansteigen (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 438). I1 berichtete von einer Lebererkrankung sowie mehreren kaputten Zähnen, aufgrund derer er schon viele Zahnbehandlungen hatte. Außerdem thematisierte er mehrmals dass er Atembeschwerden hat. Er erzählte, dass seine Nasenatmung trotz einer kürzlich durchgeführten Operation beeinträchtigt ist und er an Kurzatmigkeit leidet, die sich beim Treppensteigen bereits nach einem Stockwerk bemerkbar macht:

„Ich krieg keine Luft, wenn ich raufgeh, dann atme ich schnell“ (Interview 3, S. 8, Z. 26)

Zwar meinte I3 auch, dass er nicht glaubt, dass er sich lieber bewegen würde, wenn er besser atmen könnte. Die Begründung, dass er sich einfach nicht gerne anstrenge, könnte jedoch auch damit in Verbindung gebracht werden, dass sich Menschen, die sich unwohl oder krank fühlen, tendenziell zurückziehen und ihr Gesundheitszustand sich somit auf ihre gesellschaftliche Teilnahme auswirkt (vgl. Burtscher 2015, S. 1).

5.2.3 Unterstützung

In diesem Kapitel werden Ergebnisse dargestellt, die Hinweise auf die Bedürfnisse im Hinblick auf Unterstützung von Betreuungspersonen geben.

Unterstützung bei psychischen Krisen

Bis auf I1 gaben alle Befragten an, dass sie es in psychischen Krisen hilfreich finden, wenn sie von Betreuungspersonen Unterstützung, in Form von Zuwendung, Gesprächen oder Ablenkung, erhalten:

„Mit Betreuern reden hilft mir auch.“ (Interview 3, S. 6, Z. 29f)

„Ist schön, wenn jemand, ein Betreuer da ist für mich -- wenn man jemanden zum Reden hat.“ (Interview 4, S. 10, Z. 24)

I2 scheint in psychischen Krisen Zuwendung von Betreuer*innen sogar am hilfreichsten zu finden:

„wenn Betreuer bei mir sind, das hilft am besten.“ (Interview 2, S. 10, Z. 16)

„Und die Emotionskarten anschauen -- mit euch drüber reden, welche Gefühle da sind.“ (Interview 2, S. 10, Z. 20f)

Auch ihre wöchentliche Psychotherapie empfindet sie ihren Erzählungen zufolge als hilfreich, ebenso die täglichen Reflexionsgespräche über ihren Tag anhand ihres ‚Fragebogens‘⁸ mit einer Betreuungsperson:

„Den Fragebogen, den würd ich nie auslassen. [...] Da plaudern wir immer und reden was an dem Tag war, wie's mir gungen is und sowas. Das macht richtig Spaß.“ (Interview 2, S. 13, Z. 21ff)

Unterstützung bei der Gesundheitsförderung

Alle befragten Personen gaben an, dass sie sich von ihren Betreuer*innen Unterstützung bei der Gesundheitsförderung wünschen, und auch mehr Informationen über Gesundheit erhalten wollen. Bis auf I3 gaben alle an, dass sie

⁸ eine selbst erstellte Sammlung an Fragen zur Tages- bzw. Selbstreflexion

für gesündere Ernährung motiviert werden wollen. I1 und I2 berichteten, dass sie dies zugleich aber auch manchmal nervt:

„I: Und bist du froh, dass dir die Betreuer viel über Gesundheit erzählen oder nervt di das auch manchmal?

I2: Beides. Ja, manchmal nervt's mich.

I: Und was findest du gut, wenn sie dir das sagen?

I2: Über die Medis zum Beispiel, wenn ich die nicht nehmen will. Und Essen und Bewegung zum Beispiel.“ (Interview 2, S. 12f, Z. 34ff)

I1 gab an, dass er aus gesundheitlichen Gründen jedoch froh darüber ist:

„Na i bin i eh froh, wenn mi die Betreuer nerven. Es is gsund, Salat essen, muss ma essen, a bissl wos“ (Interview 1, S. 8, Z. 25f)

I3 äußerte, dass er prinzipiell zwar auf gesundheitsfördernde Alternativen hingewiesen werden möchte, führte aber auch an, dass es ihn stört, wenn er auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens angesprochen oder für Bewegung motiviert wird. Dass I3 im Gespräch darüber genervt wirkte, könnte ein Hinweis darauf sein, dass er sich dahingehend bevormundet fühlt. Die Unterstützung beim Einteilen der Süßigkeiten, findet er aber gut:

„Ja. Das ist besser. Für meinen Bauch ist das besser so.“ (Interview 3, S. 10, Z. 27)

I1 und I2 äußerten im Interview Interesse an dem anstehenden Ernährungsworkshop in der WG:

„Ich möchte wissen, wie ich mehr abnehmen kann.“ (Interview 2, S. 14, Z. 14)

I1 äußerte aber auch die Sorge, Verbote für bestimmte Lebensmittel zu bekommen:

„Aber, was ich nicht mag, was wird sie sagen, ‚iss des ned und des ned‘ [stöhnt genervt]. (Interview 1, S. 8, Z. 35)

I2 erzählte, dass sie sich mehr gemeinsame Bewegungsangebote mit Betreuer*innen wünschen würde. Sie stellte im Interview fest, dass sie nicht mehr so oft spazieren geht, seit Betreuer*innen dies seltener anbieten:

„Ich würd gern wieder öfter spazieren, Action-Weg und sowas. Im Lockdown waren wir ur oft dort. Aber jetzt gehen die Betreuer irgendwie nimma sooft.“ (Interview 2, S. 12, Z. 8f)

I2 und I3 berichteten, dass sie in psychischen Krisen manchmal ihre Psychopharmaka ablehnen. Beide gaben an, dass sie froh darüber sind, dass ihre Betreuer*innen in solchen Momenten konsequent versuchen, sie dennoch für die Einnahme zu motivieren, da sie merken, dass ihnen die Medikamente helfen.

I2 gab an, dass sie manchmal genervt ist, wenn sie auf die Erledigung der Aufgaben auf ihrem Wochenplan hingewiesen wird. Sie berichtete, dass sie oft keine Lust auf Duschen, Zähneputzen oder Zimmer aufräumen habe, dies für ihre Gesundheit aber wichtig findet. Als im Interview darüber gesprochen wurde, stellte sie fest, dass sie sich in einem Dilemma befindet, da sie sich manchmal noch mehr Zeit für ihre Aufgaben wünschen würde, jedoch gleichzeitig befürchtet, dass sie diese dann gar nicht mehr erledigen würde:

„I2: Das Duschen. Aber es ist eh wichtig -- ein bisschen Zeit lassen, das fänd ich gut.

I: Wofür möchtest du mehr Zeit?

I2: Am Wochenplan. Am Abend machen ist aber nicht gut, weil da bin ich dann schon zu müde.

I: Möchtest du, dass Betreuer dir mehr Zeit geben, um deine To-Dos zu erledigen?

I2: Ja, das ist aber nicht gut, weil dann mach ich's wahrscheinlich gar nicht.“
(Interview 2, S. 13, Z. 8)

I4 thematisierte im Interview, dass er sich mehr Selbstbestimmung hinsichtlich seines Schlafrhythmus wünscht:

„ich möchte, dass ich das selbst plane. Es würde sowieso nix bringen, weil ich nach gewisser Zeit wieder in meinen eigenen Rhythmus hineinspringe.“ (Interview 4, S. 11, Z. 15f)

An folgender Stelle wird deutlich, dass er die Motivationsversuche der Betreuer*innen zu einem regelmäßigeren Schlafrhythmus als Bevormundung erlebt:

„Du möchtest ja auch nicht, dass jemand sagt ‚jetzt gehst du schlafen‘.“ (Interview 4, S. 11, Z. 16f)

I4 erzählte, dass er bei physischem und psychischem Unwohlsein gerne Zuwendung von Betreuer*innen bekommt. Im Hinblick auf ärztliche Termine äußerte er jedoch den Wunsch nach mehr Eigenverantwortung und Selbstständigkeit. Er erzählte, dass er gerne lernen würde, die Planung sowie den Besuch von ärztlichen Terminen

komplett selbst zu übernehmen. Lediglich bei Blutabnahmen und Terminen im Krankenhaus würde er gerne begleitet werden:

„Im Grunde übernehme ich eigentlich schon größtenteils die Termine. HNO, Mundhygiene -- Blutabnahme ist da ausgeschlossen. Ausnahmen sind Blutabnahme und die Termine, die in einem Krankenhaus stattfinden.“ (Interview 4, S. 15, Z. 16ff)

6 Fazit

In diesem Kapitel werden die im Hinblick auf die Forschungsfrage **„Welche Bedeutung hat Selbstfürsorge für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen?“** wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefasst. Abschließend wird auf offene bzw. weiterführende Fragen hingewiesen.

6.1 Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde gezeigt, dass Selbstfürsorge für alle Interviewten eine große Bedeutung hat. Jede der vier befragten Personen verfügt den Erhebungen zufolge über mehrere individuelle Handlungsressourcen, um selbst einen positiven Einfluss auf das physische und psychische Wohlbefinden zu nehmen. Dabei werden den Angaben zufolge vor allem Aktivitäten wie Rückzug ins eigene Zimmer, Ablenkung durch Konsolenspiele oder Filmschauen sowie Zuwendung durch Betreuer*innen in belastenden Situationen als hilfreich empfunden. Darüber hinaus gaben jeweils drei Personen an, auf ausreichenden Schlaf, regelmäßige körperliche Bewegung sowie Pausen im Alltag zu achten. Zwei Personen gaben an, dass sie sich gesund ernähren, eine weitere Person berichtete, zukünftig gesündere Ernährungsgewohnheiten entwickeln zu wollen.

Da ein förderlicher Umgang mit der eigenen Gesundheit den Erwerb von Gesundheitskompetenz voraussetzt (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 132), sind in Bezug auf die Forschungsfrage auch Ergebnisse zu gesundheitsbezogenem Wissen sowie Gesundheitsverhalten relevant. Die Erhebungen zeigen zunächst, dass Gesundheit und Wohlbefinden sowie deren aktive Förderung allen Befragten wichtig ist. Alle Personen verfügen demnach über Gesundheitswissen und integrieren dieses teilweise auch in Alltagshandlungen, was vor allem in Aussagen über körperliche Bewegung und gesunde Ernährung an mehreren Stellen deutlich wird.

Im Hinblick auf den Erwerb von Gesundheitswissen bestätigen die Ergebnisse dieser Arbeit Erkenntnisse wissenschaftlicher Publikationen, denen zufolge Menschen mit Lernschwierigkeiten von Maßnahmen der Gesundheitsförderung kaum erreicht werden (vgl. Buchinger et al. 2015, S. 9). Die Vermittlung von

Gesundheitswissen erfolgte den Angaben der Befragten zufolge durch enge Bezugspersonen, wobei neben den Eltern vor allem das Betreuungspersonal bzw. die Pflegemutter eine wesentliche Rolle spielten. Nur eine Person nannte darüber hinaus Radio Wien als Bezugsquelle. Die Erhebungen weisen darauf hin, dass die soziale Herkunft den Erwerb von Gesundheitswissen also maßgeblich beeinflusst und sowohl das Betreuungspersonal als auch die Eltern bzw. Pflegemutter eine wesentliche Rolle bei der Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen spielen. Hierbei zeigte sich auch ein Zusammenhang zwischen dem Verhältnis zu den Bezugspersonen und dem jeweiligen Selbstfürsorgeverhalten. Diejenigen, die den Schilderungen zufolge in ihrer Kindheit und Jugend stabilere Beziehungen zu ihren Bezugspersonen hatten, scheinen insgesamt einen selbstfürsorglicheren Lebensstil zu haben. Diese Personen scheinen zudem über mehr Gesundheitswissen zu verfügen und dieses häufiger in ihren Alltag zu integrieren. Sie scheinen ihre Eltern bzw. die Pflegemutter als soziale Ressource zu empfinden und wechselten zudem seltener ihren Wohnplatz, was darauf schließen lässt, dass sie auch stabilere Beziehungen zum Betreuungspersonal hatten. Es ist davon auszugehen, dass sie tendenziell mehr Fürsorgeerfahrungen gemacht haben als jene, die zahlreiche Wechsel der Bezugspersonen erlebt haben.

Aus der Datenauswertung geht außerdem hervor, dass zwischen ungünstigen Entwicklungsbedingungen und dem jeweiligen Selbstfürsorge- und Gesundheitsverhalten ein Zusammenhang besteht. So weisen einige Aussagen darauf hin, dass vor allem bei jenen Interviewpersonen, die mehrere Wechsel der Betreuungsplätze sowie geringeren familiären Rückhalt erlebt haben und bei denen die Vermittlung von Gesundheitswissen ausschließlich durch Betreuungspersonen erfolgte, eine größere Neigung zu gesundheitsgefährdendem Verhalten besteht. Dies könnte einerseits darauf zurückgeführt werden, dass ungünstige Umwelterfahrungen die Entwicklung von Kohärenzgefühl und individuellen Widerstandsressourcen beeinträchtigt haben (vgl. Bengel et al. 2001, S. 143ff). Diese destruktiven Selbstfürsorgestrategien könnten als Versuch gesehen werden, sich vor negativen Gefühlen zu schützen (vgl. Feselmayer&Andorfer 2009, S. 20). Die ungünstigen bzw. belastenden Aufwuchsbedingungen könnten sich einerseits negativ auf die Entwicklung der, für das Selbstfürsorgeverhalten erforderliche, Kohärenz ausgewirkt haben, andererseits, aufgrund von

Überforderung und einem Mangel an stabilen Selbstfürsorgeerfahrungen sowie Benachteiligungen beim Zugang zu Gesundheitsinformationen, die Ausbildung von destruktiven Selbstfürsorgestrategien begünstigt haben.

Aus den Interviewdaten geht also hervor, dass die Eltern sowie die jeweiligen Bezugspersonen in der Fremdunterbringung ein wesentlicher Einflussfaktor für die Entwicklung des Selbstfürsorgeverhaltens sind. Diese Ergebnisse decken sich mit bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen, denen zufolge sich eigene frühe Fürsorgeerfahrungen mit bedeutsamen Bezugspersonen wesentlich auf die Entwicklung des individuellen Selbstfürsorgeverhaltens auswirken (vgl. Haubl 2012, S. 7).

Im Hinblick auf die in der Literatur angeführten erhöhten gesundheitlichen Risiken bei Menschen mit Lernschwierigkeiten (vgl. Seidel 2015, S. 8) sowie Forschungsergebnisse, denen zufolge diese häufig bereits früh von Übergewicht bzw. Adipositas betroffen sind (vgl. Metzler et al. 2013, S. 36), fällt außerdem auf, dass drei der vier Personen von Übergewicht betroffen sind bzw. waren. Hierbei scheinen auch die in wissenschaftlichen Publikationen diskutierten Ursachen Bewegungsmangel, Medikamenteneinnahme und ungünstige Ernährungsgewohnheiten von Relevanz zu sein (vgl. Allweiss et al. 2015, S. 21). Im Hinblick auf den beobachteten Anstieg von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten mit zunehmendem Alter (vgl. Krahn&Fox 2013, S. 438), fällt auf, dass jene Person, die zugleich auch ein paar Jahre älter als die anderen Interviewpersonen ist, von mehrfachen gesundheitlichen Beschwerden berichtete. Dabei ist jedoch auch zu erwähnen, dass diese Person als einzige angab, sich kaum zu bewegen und ungesund zu ernähren. Zudem berichtete sie von der Anwendung destruktiver Selbstfürsorgestrategien wie Rauchen und den Verzehr von Süßigkeiten. Dies deutet darauf hin, dass ein geringes Selbstfürsorgeverhalten negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann.

Bei allen Personen wurde in der Datenauswertung ein Unterstützungsbedarf bei der Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens deutlich. Unterstützung wird den Ergebnissen zufolge vor allem in Form von Motivation zu bzw. Begleitung bei gesundheitsfördernden Handlungen, Zuwendung bei psychischen Krisen und Krankheit sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz

gewünscht. Betreuungspersonen haben also einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung von Selbstfürsorge und spielen bei der Förderung von Gesundheit und Wohlbefindens der Befragten eine wesentliche Rolle. Im Hinblick darauf erscheint es sinnvoll, dass sie in die Lage versetzt werden, adäquat auf die Bedürfnisse der von ihnen unterstützten Personen einzugehen und sie beispielsweise durch Fortbildungen entsprechend zu sensibilisieren bzw. schulen.

In den Interviews wurde im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf bei der Gesundheitsförderung auch das Gefühl von Bevormundung sowie der Wunsch nach mehr Selbstbestimmung thematisiert. Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass Menschen verständliche Informationen benötigen, um selbstbestimmt über ihre Gesundheit bestimmen zu können (vgl. WiG o.D., o.S.). In den Ergebnissen der Interviews spiegeln sich jedoch auch die bereits in anderen Publikationen diskutierten Barrieren beim Zugang zu verständlichem Gesundheitswissen sowie der Mangel an adäquat aufbereiteten Materialien und Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz wider (vgl. Rathmann&Dadaczynsk 2020, S. 14). Der Umstand, dass die Förderung der Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten wenig Beachtung erhält, trägt zu gesundheitlicher Ungleichheit bei (vgl. Burtscher 2015, S. 3). Aus den Erkenntnissen dieser Arbeit kann geschlossen werden, dass der Mangel an adäquaten Gesundheitsinformationen auch zu Benachteiligungen bei der Entwicklung des Selbstfürsorgeverhaltens führt.

Erhebungen haben gezeigt, dass bei Menschen mit Lernschwierigkeiten ein großer Bedarf sowie Interesse an gesundheitsbezogenem Wissen besteht, woraus sich die Notwendigkeit ergibt, dass auf sozialer und struktureller Ebene Maßnahmen getroffen werden (vgl. ebd.). Ansätze hierfür sind inklusive Angebote der Gesundheitsbildung und partizipativen Gesundheitsförderung (vgl. ebd., S. 4). Es hat sich gezeigt, dass es inzwischen vereinzelt Konzepte zur Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten gibt. Insbesondere in den letzten fünf Jahren wurden diese Menschen im deutschsprachigen Raum häufiger in Forschungsprojekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung miteinbezogen, wodurch sich die Situation etwas verbessert hat (vgl. Wright et al., 2021, o.S.). Fraglich ist jedoch, ob diese auch für Menschen, die neben Lernschwierigkeiten auch psychische Beeinträchtigungen haben, und daher im Alltag sehr viel

Unterstützung benötigen, infrage kommen. Aus den Interviews geht hervor, dass eine Person Angst davor hat, mit fremden Menschen zu sprechen, was für sie eine Barriere für die Teilnahme an einem Angebot, wo weder Veranstalter*innen noch Teilnehmer*innen bekannt sind, darstellen könnte. Diese Faktoren sowie die Erkenntnis, dass die Entwicklung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen vom sozialen Kontext eines Menschen abhängt (vgl. Fuchs et al. 2012, S. 139), bestätigen die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Lebensumfeld der Personen sowie die Forderung zum Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. 2020, 9f). Entsprechende Maßnahmen könnten auch auf die Entwicklung des individuellen Selbstfürsorgeverhaltens einen positiven Einfluss haben und dazu führen, dass die Personen von einer Erweiterung ihrer Selbstfürsorgestrategien und damit einer Steigerung ihres Wohlbefindens profitieren. Auch im Hinblick auf die erwähnte Anwendung destruktiver Bewältigungsstrategien erscheint es sinnvoll, die Entwicklung von Handlungsalternativen zu fördern (vgl. Feselmayer&Andorfer 2009, S. 21). Indem Situationen hergestellt werden, in denen Personen die Entdeckung und Stärkung ihrer Ressourcen ermöglicht wird, können Empowermentprozesse angeregt werden (vgl. Theunissen 2007, S. 28f). Dies deckt sich mit dem salutogenetischen Ansatz, demzufolge Menschen durch die Erhöhung ihrer Widerstandsfähigkeit und der Stärkung ihrer Bewältigungsressourcen befähigt werden können, einen Beitrag zum Erhalt bzw. der Förderung ihrer Gesundheit zu leisten (vgl. Bengel et al. 2001, S. 27). Indem Menschen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich durch Selbstfürsorge einen Beitrag zur Förderung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu leisten, kann gesundheitliche Ungleichheit abgebaut und gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden.

6.2 Reflexion des Forschungsprozesses

Alle Interviews konnten wie geplant durchgeführt werden. Über den gesamten Zeitraum dieses Forschungsprozesses wurde auf einen ethischen und verantwortungsvollen Umgang mit den befragten Personen sowie den erhobenen Daten geachtet, um die Beteiligten keinen Nachteilen auszusetzen. Gewährleistet

wurde dies durch einen respektvollen Umgang mit allen Beteiligten sowie die Anonymisierung aller Daten. Die Teilnehmenden wurden genau über das Forschungsvorhaben sowie das Ziel dieser Masterarbeit informiert, bevor eine schriftliche Einverständniserklärung aufgesetzt wurde. Das Einverständnis wurde im Laufe des Forschungsprozesses immer wieder eingeholt, um sicherzustellen, dass die Teilnahme weiterhin gewünscht ist.

Narrative Interviews bergen die Gefahr, dass die Interviewten mit schmerzlichen, lang verborgenen Erinnerungen in Kontakt kommen (vgl. Atkinson 1997, S. 32). Da bekannt war, dass die Interviewpersonen in ihrer Vergangenheit belastende Erfahrungen gemacht haben, wurde vor allem bei der Erarbeitung der Lebensgeschichten auf den Einsatz möglichst offener Fragen geachtet, damit Interviewten selbst entscheiden können, welche Informationen sie teilen möchten. Dieses Vorgehen schien insbesondere im Interview mit I4 sehr wichtig gewesen zu sein.

Es zeigte sich während dem Forschungsprozess, dass das bereits bestehende Vertrauensverhältnis zu den Interviewpersonen sowie das Vorwissen über sie, sowohl Vorteile als auch Herausforderungen mit sich brachte. Im Hinblick auf das, durch die institutionelle Abhängigkeit bedingte, Machtverhältnis zwischen den Interviewpersonen und mir als Forscherin, ist nicht auszuschließen, dass die Befragten sich für die Teilnahme an dem Forschungsprojekt sofort bereit erklärten, um meine Erwartungen zu erfüllen (vgl. Buchner 2008, S. 219). Im Hinblick darauf ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Personen auch während meiner Abwesenheit bei anderen Betreuungspersonen Interesse an der Teilnahme am Forschungsprojekt signalisierten. In Bezug auf das Machtverhältnis kann zudem nicht ausgeschlossen werden, dass die Interviewpersonen sozial erwünschte Antworten gaben, um Ablehnung zu vermeiden, und es dadurch zu Verzerrungen gekommen ist. Dieser Gefahr wurde begegnet, indem die Befragten darauf hingewiesen wurden, dass sie aufgrund ihrer Erzählungen keinerlei Nachteile oder Ablehnung zu befürchten haben. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass dieser Effekt durch den wertschätzenden und respektvollen Umgang sowie das Bemühen um eine wertfreie Haltung im Betreuungsalltag vermindert wurde.

Die Bedenken, dass die durch das mehrjährige Betreuungsverhältnis bedingten Vorkenntnisse über die Interviewpersonen die Erzählmotivation der Teilnehmer*innen beeinträchtigen könnten, sind nicht eingetreten. In der Auswertung wurde jedoch an einigen Stellen ersichtlich, dass das Verständnis bzw. der Nachvollzug mancher Details mein Vorwissen erforderte, die Befragten dieses in ihren Erzählungen also voraussetzten. Außerdem erfolgte die Deutung mancher Formulierungen basierend auf vorgängigen persönlichen Erfahrungen mit den Befragten. So wurde beispielsweise ‚nicht so gut gehen‘ auf die psychische Verfassung bezogen, ohne dass dies im Interview explizit thematisiert wurde.

Herausforderungen ergaben sich aufgrund des Vorwissens im Hinblick auf die Unvoreingenommenheit im Erhebungs- und Auswertungsprozess, in dem darauf geachtet werden musste, die Interviews nicht durch zu konkrete Fragen zu beeinflussen, und bei der Auswertung über das Interviewmaterial hinausgehende bekannte Details zu den Lebensgeschichten sowie meine eigenen Betrachtungsweisen aus der Betreuungsarbeit auszublenden. Die Ausklammerung von Details, die in den Interviews nicht preisgegeben wurden, sowie eigener Vorannahmen aus der Betreuungsarbeit, ist vor allem aus ethischen Gründen von Bedeutung. Dies ist einerseits notwendig, damit die Darstellungen der Befragten im Interview nicht verzerrt werden, andererseits aus Gründen von Datenschutz.

Durch die gemeinsame Validierung der Forschungsergebnisse erhielten die Interviewteilnehmer*innen die Gelegenheit, die Richtigkeit der Interpretationen zu überprüfen sowie gegebenenfalls Veränderungen vorzunehmen. Dies wurde an mehreren Stellen auch in Anspruch genommen, indem Ergänzungen vorgenommen wurden. Andererseits erfolgte dadurch eine Rückversicherung, ob die Befragten mit der erarbeiteten Darstellung ihrer Erzählungen einverstanden sind. Trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass es während der Interviewführung und -auswertung zu einer Beeinflussung der Erzählungen oder Bedeutungsveränderungen gekommen ist. So kam es manchmal vor, dass die Interviewpersonen Fragen sehr knapp beantworteten oder nicht direkt darauf eingingen. Obwohl sie den Rückfragen und Bedeutungsvorschlägen der Interviewerin meist sehr überzeugend zustimmten, sind Fehlschlüssen nicht auszuschließen, wie folgendes Beispiel zeigt:

„I: Und weißt du, wo noch, wo du das gelernt hast?

I1: Was?

I: Dass gesunde Ernährung wichtig ist.

I1: Jo und die Mama sogt a, Bewegung ist wichtig.

I: Hast du von deiner Mama gelernt, welches Essen gesund ist?

I1: Jo. Und weniger Süßigkeiten, oba des moch i jetzt eh ned.“ (Interview 1, S. 6, Z. 30ff)

Außerdem schien vor allem eine Person mehrmals Schwierigkeiten dabei zu haben, ihre Gedanken in Worte zu fassen, weshalb ihre Aussagen manchmal in eigenen Worten wiederholt wurden oder durch konkrete Nachfragen versucht wurde, sie bei der Formulierung ihrer Gedanken zu unterstützen. Dabei kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die Gedanken des Befragten beeinflusst wurden oder es zu Bedeutungsveränderungen gekommen ist, wie beispielsweise folgende Konversation zeigt:

„I3: Ja. Dass ich nicht mehr, wie ich gesagt hab ‚ich will nicht‘ -- die nehm ich jetzt.

I: Dass du sie nicht mehr ablehnst?

I3: Ja. Das mach ich nicht mehr. Ich nehm eh heute die Pulver, is besser, weil wenn ich keine Pulver nehme, dann zuck ich aus und dann müssma die Polizei rufen -- und das will ich nicht.“ (Interview 3, S. 9, Z. 23ff)

Den anfänglichen Bedenken, ob ich als Betreuerin zugleich die Rolle als Forscherin einnehmen kann, kann zum einen entgegengesetzt werden, dass ich aufgrund meiner Bildungsteilzeit derzeit eine geringe Stundenverpflichtung habe und zum anderen, dass die Interviewpersonen bisher alle Anfragen zu Befragungen mit externen Personen ablehnten und ihre Sichtweisen somit zumindest im Rahmen dieser Arbeit erhoben werden konnten. Dass die Interviewpersonen die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ihren Rückmeldungen zufolge als sehr positiv erlebt haben, könnte im Hinblick auf ihre Teilnahmebereitschaft für zukünftige Forschungsprojekte förderlich gewesen sein und zum Abbau von Hemmungen beigetragen haben. Zudem können die Ergebnisse dieser Arbeit eine Verbesserung der Unterstützung der Interviewpersonen im Betreuungsalltag bewirken. Die Auseinandersetzung mit den Sichtweisen und Bedürfnissen der Befragten führte einerseits dazu, dass ich meine eigenen in der Betreuungstätigkeit entwickelten Betrachtungsweisen im Hinblick auf die Themenstellungen dieses Forschungsprojekts reflektieren und um neue Aspekte erweitern konnte.

Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang beispielsweise die verschiedenen Perspektiven auf das Spannungsverhältnis zwischen Selbst- und Fremdbestimmung.

6.3 Ausblick

Die Analyse der Interviews hat sich auf Aspekte beschränkt, die im Hinblick auf die Forschungsfrage relevant waren, da eine umfangreichere Auseinandersetzung den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschritten hätte. In einer breiteren Analyse der Lebensgeschichten und problemzentrierten Interviews könnten jedoch weitere Fragestellungen bearbeitet werden.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurde eine kleine Gruppe von Personen befragt, die aufgrund von Alter und Wohnplatz eine gewisse Homogenität aufweist. Diese Darstellungen geben die Möglichkeit, detaillierte Einblicke in die Erfahrungen und Sichtweisen dieser vier Personen zu gewinnen. Viele Ergebnisse decken sich mit den im theoretischen Teil dargestellten Erkenntnissen zum aktuellen Forschungsstand. Zukünftige Forschung könnte daran anknüpfen und eine Erhebung mit einer größeren Stichprobe durchführen, um die Perspektiven von mehreren Personen zu erfahren. Dabei könnte auch die Bedeutung von Betreuungspersonen bei der Entwicklung von Selbstfürsorge sowie Gesundheitsförderung näher untersucht werden.

In der Auseinandersetzung mit dem Interviewmaterial habe ich einige Divergenzen zwischen den Sichtweisen der Interviewpersonen und Betrachtungen des Betreuungspersonals, die mir durch meine eigene mehrjährige Tätigkeit in der Wohngemeinschaft bekannt sind, festgestellt. Im Hinblick darauf könnte weiterführende Forschung zusätzlich die Sichtweisen der Betreuer*innen zur Thematik dieser Masterarbeit ermitteln, wodurch der Kenntnisstand um neue Perspektiven ergänzt werden könnte. Ein Vergleich der unterschiedlichen Sichtweisen könnte beim Betreuungspersonal unhinterfragte Annahmen sichtbar machen und dadurch eine bewusste Reflexion anregen. Durch die Gegenüberstellung könnten beispielsweise mögliche defizitorientierte Betrachtungsweisen dekonstruiert werden, wodurch bei den von ihnen

unterstützten Menschen neue Ressourcen entdeckt und dadurch Potenzial für die Förderung von Empowermentprozessen erschaffen werden könnte.

Ein Aspekt, der Gegenstand zukünftiger Forschung sein könnte, ist außerdem die Förderung von Selbstfürsorge durch dieses Forschungsdesign. Es hat sich auch in dieser Arbeit gezeigt, dass durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte Empowermentprozesse angeregt werden können (vgl. Atkinson 2004, S. 691f). Die Beschäftigung mit der eigenen Lebensgeschichte im Rahmen dieses Forschungsprojekts hat bei manchen Interviewpersonen offene Fragen aufgeworfen sowie das Interesse geweckt, Lücken in der eigenen Biografie zu füllen. So kam beispielsweise bei I1 der Wunsch auf, besser zu verstehen, weshalb er damals so früh fremduntergebracht wurde:

„Des hot des Jugendamt entschieden. Aber des muss i die Mama fragen, warum i ins Heim kommen bin, die kennt si da eh aus.“ (Interview 1, S. 10, Z. 21f)

I2 meinte bei der Frage nach ihrer ersten Arbeitsstelle von sich aus:

„Des waß i ned. Würd ich eh gern mal herausfinden.“ (Interview 2, S. 6, Z. 37)

Im folgenden Gespräch darüber, dass sich ihre ehemalige Betreuerin, mit der sie immer noch regelmäßig Kontakt hat, einmal danach fragen könnte, meinte sie:

„[begeistert] Oh ja, das werd ich machen!“ (Interview 2, S. 7, Z. 6)

Als sie während des Interviews noch einmal darauf hingewiesen wurde, dass das Ziel dieses Interviews die Erstellung einer schriftlichen Fassung ihrer Lebensgeschichte ist, damit sie diese immer nachlesen kann, meinte sie:

„[begeistert] Ja! Das wär gut, das wär wirklich gut.“ (Interview 2, S. 7, Z. 9)

Im Hinblick auf die Thematik dieser Masterarbeit könnte zukünftige Forschung untersuchen, ob das in dieser Arbeit angewendete Forschungsdesign darüber hinaus auch geeignet ist, Menschen zu mehr Selbstfürsorge sowie einer bewussteren und gesundheitsförderlicheren Lebensführung anzuregen.

7 Literaturverzeichnis

- ALLWEISS, T., BURTSCHER, R., PEROWANOWITSCH, M. (2015): Kurzerhebung Gesundheit und Arbeit an der Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH im Rahmen des Projekts PartKommPlus Gesund!. URL: https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/2254/file/Kurzerhebung_Gesundheit_und_Arbeit_a.pdf [14.11.2021]
- ATKINSON, D. (1997): An Auto/Biographical Approach to Learning Disability Research. Aldershot: Ashgate.
- ATKINSON, D. (2004): Research and empowerment: involving people with learning difficulties in oral and life history research. In: Disability & Society, 19(7), S. 691-702.
- ATKINSON, D., WALMSLEY, J. (1999): Using Autobiographical Approaches with People with Learning Difficulties. Disability & Society 14(2), S. 203-16.
- BENGEL, J. (2002): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter, und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. Köln: BZgA.
- BENGEL, J., STRITTMATTER, R., WILLMANN, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA.
- BIEWER, G., FASCHING, H., & KÖNIG, O. (2009): Teilhabe von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung an Bildung, Arbeit und Forschung. SWS-Rundschau, 49(3), S. 391-403.
- BITTLINGMAYER, U. H., PINHEIRO, P., & SAHRAI, D. 2020: Gesundheitskompetenz für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen? Inklusion als ernstzunehmende Herausforderung für die Gesundheitskompetenz, in: BOLLWEG, T. M., BRÖDER, J.; PINHEIRO, P. (Hrsg.): Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke. Wiesbaden: Springer VS, 461-481.
- BMAS - Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Berlin: BMAS.
- BMASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016): Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen 4. Quartal 2015. Statistik Austria. Wien: BMASK.
- BMASK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017): Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016. Wien: BMASK.

- BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2016): UN-Behindertenrechtskonvention. Wien: BMSGPK.
- BÖSSING, C., SCHROOTEN, K., TIESMEYER, K. (2019): Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: WALTHER K., RÖMISCH K.: Gesundheit inklusive. Wiesbaden: Springer VS, S. 51-87.
- BREHMER-RINDERER, B., ZEILINGER, E., & WEBER, G. (2009): Abschlussbericht des POMONA II - Projekts (2005 - 2008): "Die Gesundheit von erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung". URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/brehmer-pomona.html> [10.11.2021]
- BUCHINGER, B., PÖHACKER, G., SCHAFFER, N., STADLER, S. (2015): Endbericht zum Kursprogramm „Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“. Salzburg/Wien: Solution, Sozialforschung & Entwicklung.
- BUCHNER, T. (2008): Das qualitative Interview mit Menschen mit so genannter geistiger Behinderung. Ethische Aspekte, Durchführung und die Anwendbarkeit im internationalen Vergleich. In: BIEWER, G., LUCIAK, M., SCHWINGE, M. (Hrsg.): Begegnung und Differenz: Menschen - Länder - Kulturen. Bad Heilbrunn Obb.: Klinkhardt, S. 516-528.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (2020): Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern! Positionspapier der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.. Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe. URL: https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Positionspapiere/Positionspapier_BVLH_2020-09_Gesundheitliche_Versorgung_von_Menschen_mit_Behinderung_verbessern.pdf [09.11.2021]
- BURTSCHER, R. (2015): Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (Hrsg.): Inklusion - Gesundheit - Bildung - Engagement: Beiträge zum Forum Inklusive Gesellschaft II, Newsletter Nr. 23 vom 12.11.2015.
- BURTSCHER, R. (2019): Wirkungen und Gelingensbedingungen der Partizipativen Gesundheitsforschung. In: WALTHER, K., RÖMISCH, K. (Hrsg): Gesundheit Inklusive: Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Springer VS, Wiesbaden, S. 89-106.
- CHARMAZ, K. (2006): Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis. London: Sage Publications.
- CHARMAZ, K. (2017): Constructivist grounded theory. The Journal of Positive Psychology, 12(3), S. 299-300.

- CORBIN, J. (2011): Eine analytische Reise unternehmen. In: MEY, G. & MRUCK, K. (Hrsg.): Grounded Theory Reader. Wiesbaden: Springer VS, S.163-180.
- DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o.D.): Infomaterial. URL: <https://www.dhs.de/infomaterial> [24.11.2021]
- DOŠEN, A. (2018): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der 2. deutschsprachigen Ausgabe: HENNICKE, K., SEIDEL, M. Göttingen: Hogrefe.
- FALTERMAIER, T. (2017): Gesundheitspsychologie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- FALTERMAIER, T. & LESSING, N. (2014): Coping. In: M. A. Wirtz (Hrsg.): Dorsch - Lexikon der Psychologie. URL: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/coping> [19.03.2021]
- FESELMAYER, S., & ANDORFER, U. (2009): Trauma und Sucht. Psychopraxis, 12(6), S. 16-21.
- FISCHER, G. & RIEDESSER, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt. MLA 8th Edition (Modern Language Assoc.)
- FUCHS, R., BOLLINGER, H., ABEL, T. (2012): Gesundheitsverhalten und Lebensstile. In: EGGER, M. RAZUM, O. (Hrsg.): Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt, Berlin: De Gruyter, S. 132-142. URL: https://boris.unibe.ch/15862/1/Gesundheitsverhalten_und_Lbensstile.pdf [16.10.2021]
- GERMETEN, S. (2013): Personal Narratives in Life History Research. Scandinavian Journal of Educational Research, 57(6), S. 612-624.
- GESUNDHEITSZIELE WIEN (o.J.): Gesundsein - Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten. URL: <https://gesundheitsziele.wien.gv.at/gesundsein-gesundheitskompetenz-fuer-menschen-mit-lernschwierigkeiten/> [12.11.2021]
- GLAESKE, G., FRANCKE, R., KIRSCHNER, K., KOLIP, P., MÜHLENBRUCH, S. (2003): Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Diskussionspapier im Auftrag des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- GODDEMEIER, C. (2019): Aaron Antonovsky: Vater der Salutogenese. Deutsches Ärzteblatt. 8/2019, S. 366-367. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=209251> [12.11.2021]
- GUSSONE, B. & SCHIEPEK, G. (2000): Die „Sorge um sich“. Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen. Tübingen: dgvt-Verlag.

- HAUBL, R. (2012): Praxis der Selbstfürsorge. Studie: Arbeit und Leben in Organisationen 2011. Risikofaktoren für Arbeitsqualität und psychische Gesundheit. URL: <https://www.yumpu.com/de/document/read/7435868/rolf-haubl-praxis-der-selbstfursorge-dgsv> [12.09.2021]
- HEIMLICH, U. (2016): Pädagogik bei Lernschwierigkeiten. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- HENNICKE, K. (2011): Verhaltensauffälligkeiten Problemverhalten Psychische Störungen - Herausforderungen für die Praxis - Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am 18.3.2011 in Kassel. Berlin: Eigenverlag der DGSGb.
- KAIKA, N. (2013): Kindheitstraumata durch Vernachlässigung: Auswirkungen und Folgen traumatischer Ereignisse auf die Kindesentwicklung. Diplomica Verlag.
- KOENIG, O. & BUCHNER, T. (2011): (Inklusive) Forschung als Empowerment? In: KULIG, W., SCHIRBORT, K., SCHUBERT, M. (2011): Empowerment behinderter Menschen. Theorien, Konzepte, Best-Practice. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 267-281.
- KRAHN, G. L. & FOX, M. H. (2013): Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID, 27(5), S. 431-446.
- KREMSNER, G. (2017): Vom Einschluss der Ausgeschlossenen zum Ausschluss der Eingeschlossenen. Biographische Erfahrungen von so genannten Menschen mit Lernschwierigkeiten. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- KÜCHENHOFF, J. (1999): Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge - die seelischen Voraussetzungen. In: KÜCHENHOFF, J. (Hrsg.): Selbsterstörung und Selbstfürsorge. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 147-164.
- LEBENSHILFE TIROL (o.D.): Barrierefreies und gleichberechtigtes Gesundheitswesen für alle Menschen. URL: <https://lebenshilfe.tirol/anliegen-gesundheit/> [13.11.2021]
- MAYRING, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- METZLER, H., KASTL, J., PETER, J., LENZ, S. (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung - Lebenserwartung und gesundheitliche Risiken. In: DIEKMANN, F., METZLER, H. (Hrsg.): Alter erleben - Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht. Stuttgart: KVJS-Forschung. S. 11-127.
- MEY, G. & MRUCK, K. (2011): Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven. In: MEY, G. & MRUCK, K. (Hrsg.) (2011): Grounded Theory

Reader.

Wiesbaden: Springer VS, S.11-48.

NIEDIEK, I. (2016): Wer nicht fragt, bekommt keine Antworten - Interviewtechniken unter besonderen Bedingungen. Zeitschrift für Inklusion (4). URL: <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusiononline/article/view/323> [09.11.2021]

ÖSTERREICHISCHE PLATTFORM GESUNDHEITSKOMPETENZ (2018): Gesundsein - Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten. URL: <https://oepgk.at/gesundsein/> [28.02.2021]

PFORR, U. (2009): Trauma und Persönlichkeitsbildung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Riskante Kindheit. Vol. 4. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 269-81.

POTRECK-ROSE, F., JACOB, G. (2008): Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

PRIESTLEY, M. (2003): Disability. A Life Course Approach. Cambridge: Polity Press.

RATHMANN, K., DADACZYNSKI, K. (2020): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen und Arbeiten: Ergebnisse der GeKoMB-Studie. URL: www.hs-fulda.de/gekomb [31.03.2021]

RATHMANN, K., ZELFL, L., KLEINE, A., DADACZYNSKI, K. (2021): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. Erste Ergebnisse einer Befragung in Leichter Sprache in Einrichtungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe. Prävention und Gesundheitsförderung. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-021-00828-x#citeas> [05.05.2021]

RAUCHFLEISCH, U. (2011): 11 Theoretische Überlegungen zur Entwicklung und Persönlichkeit von Straffälligen. In: RAUCHFLEISCH, U. (Hrsg.): Begleitung und Therapie straffälliger Menschen. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 119-126.

REDDEMANN, L. (2003): Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin (1), S. 79-86.

SCHANZE, C. (2007): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.

SCHWARZER, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

- SEIDEL, M. (2011): Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung - Erfüllte und unerfüllte Versprechen. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb. Materialien der DGSGb 24. Berlin. URL: <https://dgsgb.de/downloads/materialien/Band24.pdf> [20.10.2021]
- SEIDEL, M. (2015): Grundsätzliche und spezielle Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Dokumentation der Fachtagung am 27. Februar 2015 v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel. Berlin: Eigenverlag der DGSGb. URL: <https://dgsgb.de/downloads/materialien/Band35.pdf> [16.03.2021]
- STADLER, S., PÖHACKER, G., BUCHINGER, B., SCHAFFER, N. (2015): Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten. TrainerInnen-Handbuch. Salzburg/Wien:
- STAHLSCHEIDT, S. (o.D.): Dissoziative Krampfanfälle/Anfälle - Symptome, Ursachen, Diagnose, Therapie. URL: <http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/dissoziative-krampfanfaelle> [30.11.2021]
- STRÖBL, J. (2006): Behinderung und gesellschaftliche Teilhabe aus der Sicht von Menschen mit so genannter geistiger Behinderung. In: HERMES, G., ROHRMANN, E. (Hrsg.) (2006): Nichts über uns - ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Neu-Ulm: AG SPAK, S. 42-49.
- STRÜBING, J. (2014): Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils. Wiesbaden: Springer VS.
- SUCHT UND DROGEN KOORDINATION WIEN (o.D): Bestellungen. URL: <https://sdw.wien/de/unser-angebot/dokumente/> [24.11.2021]
- THEUNISSEN, G. (2007): Empowerment behinderter Menschen. Inklusion-Bildung-Heilpädagogik-Soziale Arbeit. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- VON UNGER, H. (2014): Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In: VON UNGER, H., NARIMANI, P., M'Bayo, R (Hrsg): Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 15-39.
- WALTHER, K., & RÖMISCH, K. (2019): Gesundheit inklusive: Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Springer Fachmedien Wiesbaden Imprint: Springer VS.
- WENDT, P. (2017): Lehrbuch Methoden der Soziale Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- WESTERMANN, G. & BUCHNER, T. (2008): Die Lebensgeschichte von Gerhard Westermann. In: BOEHLKE, E. (Hrsg.): Integrationsgespräche. Individuelle Biografieforshung als Entwicklungschance für Menschen mit Intelligenzminderung. Berlin: GIB e.V., S. 120-144.

- WITZEL, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung 1(1). URL: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520> [02.04.2021]
- WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. URL: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EDAB689B20597E1A5DE.PDF [12.11.2021]
- WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (1986): Ottawa-Charta: Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO, Ottawa. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [10.10.2021]
- WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (1997): Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. URL: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf [29.06.2021]
- WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (2006): Materialsammlung zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung. Genf: World Health Organization. URL: https://www.who.int/mental_health/policy/who_resource_book_german.pdf [29.07.2021]
- WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (2013): Gesundheit 2020. Rahmenkonzepte und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Dänemark: World Health Organisation. URL: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/who-europa-gesundheit-2020-langfassung-deutsch.pdf> [13.07.2021]
- WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (2016): Gesundheitskompetenz: Die Fakten. Genf: World Health Organization. URL: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/broschuere-gesundheitskompetenz-die-fakten-who-careum-2016.pdf> [13.07.2021]
- WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (2019a): Psychische Gesundheit - Faktenblatt. Genf: World Health Organization. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf [12.07.2021]
- WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (2019b): WHO Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health. Sexual and Reproductive Health and Rights. Genf: World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf> [15.07.2021]
- WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG (WiG) (o.J.): Gesundsein - Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten. URL: <https://www.wig.or.at/Gesundsein.1969.0.html> [13.11.2021]

WOLF, D. (o. J.): Coping. URL: <https://www.palverlag.de/lebenshilfe-abc/coping-bewaeltigung.html> [Stand: 04.09.2020]

WRIGHT, M. T., ALLWEISS, T., SCHWERSENSKY, N. (2021): Partizipative Gesundheitsforschung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Online (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung). URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipative-gesundheitsforschung/> [21.11.2021]

8 Anhang

8.1 Abstract

Gesundheit und Wohlbefinden werden wesentlich von der individuellen Lebensführung beeinflusst. In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben und häufig von gesundheitlichen Benachteiligungen betroffen sind. Diese äußern sich unter anderem darin, dass diese Menschen häufig eine mangelhafte Gesundheitskompetenz sowie riskantes Gesundheitsverhalten aufweisen und es für sie kaum adäquate Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -prävention gibt.

Da durch Selbstfürsorge ein Beitrag zur eigenen physischen und psychischen Gesundheit geleistet werden kann, ist diese im Hinblick auf das Wohlbefinden und die gesundheitliche Lage dieser Personengruppe von entscheidender Relevanz. Die vorliegende Masterarbeit widmet sich daher folgender Forschungsfrage: ‚Welche Bedeutung hat Selbstfürsorge für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf aufgrund von Lernschwierigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen?‘. Dieser Frage soll in einer theoretischen und empirischen Auseinandersetzung nachgegangen werden. Dabei soll ermittelt werden, welche Relevanz der eigene Beitrag zur Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens für diese Menschen hat.

Zunächst erfolgt eine theoretische Betrachtung der unterschiedlichen Begriffe und Theorien, die im Hinblick auf die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Selbstfürsorge relevant sind, sowie der gesundheitlichen Lage der Zielgruppe dieser Arbeit. Diese Auseinandersetzung bildet die Grundlage für die anschließende empirische Untersuchung. Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden in Anlehnung an das Vorgehen des Life History Research die Lebensgeschichten von vier betroffenen Personen in Leichter Sprache erarbeitet. Anschließend wurde mit jeder Interviewperson ein problemzentriertes Interview zur Bedeutung von Selbstfürsorge geführt. Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory nach Kathy Charmaz.

Im Zuge der Auswertung konnte gezeigt werden, dass alle vier Interviewpersonen über mehrere Selbstfürsorgestrategien verfügen, mithilfe derer sie selbst Einfluss auf ihr physisches und psychisches Wohlbefinden nehmen können. Darüber hinaus liefert diese Arbeit Hinweise darauf, dass das individuelle Selbstfürsorgeverhalten von den eigenen Beziehungs- und Selbstfürsorgeerfahrungen geprägt wird.

8.2 Interviewleitfaden

Lebensgeschichte

„Bitte erzähl mir, was du, seit du geboren bist, erlebt hast. Mich interessieren alle Erlebnisse, die dir wichtig sind.“

Persönliches

- Wer bist du?
- Was ist dir im Leben wichtig? Was magst du gerne?
- Hobbies? Was machst du gerne?
- Wichtige Menschen in deinem Leben?

Herkunftsfamilie

- Eltern, Geschwister
- Beruf
- Haustiere
- Stimmung zuhause? Harmonisch? Streitigkeiten?
- Kontakt zu Familie

Zuhause und Fremdunterbringung

- Wo bist du aufgewachsen?
- Wie ist es dazu gekommen, dass du in die erste WG/Pflegefamilie gekommen bist?
- Wie war die Zeit für dich?
- Hattest du ausreichend Unterstützung? Was war hilfreich? Was hat dir gefehlt?
- Bildungsweg: Kindergarten / Schule / Ausbildung
- Wie hast du diese Zeit erlebt?

- Mitschüler / Freunde / Lehrer
- Schulfächer: Lieblingsfach / unbeliebt
- Was/gerne gelernt?
- Wo hast du dir leicht getan? Wo hattest du (Lern-)Schwierigkeiten?

Arbeit

- Tätigkeit / typischer Arbeitstag
- Bist du zufrieden mit deiner Arbeit? Was gefällt dir gut, was gefällt dir nicht so gut?
- Gibt es Herausforderungen in deiner Arbeit? Gibt es etwas das dich nervt?
- Wie bist du zu Arbeitsplatz gekommen? Konntest du selbst aussuchen was du machen möchtest? Wer hat dich unterstützt?
- Hattest du davor auch schon andere Arbeitsplätze?
- Was wünschst du dir für deine berufliche Zukunft?

Unterstützungsbedarf

- Wobei? Benachteiligung oder Probleme wegen Lernschwierigkeiten?
- Wie erlebst du das?
- Nachdenken übers Leben
- Was ist dir im Leben wichtig?
- Wo siehst du dich in fünf Jahren?
- Zukunftspläne/ziele?
- Machst du dir Sorgen um deine Zukunft?
- Wie geht es dir dabei, deine Geschichte mit mir zu teilen?

Selbstfürsorge („gut für mich sorgen“, „sich um mich selbst kümmern“)

„Bitte erzähl mir, wie gut du für dich selbst sorgst.“

„Wie wichtig ist dir deine Gesundheit?“

- Kümmerst du dich gut um dich selbst?
- Was machst du, damit es dir und deinem Körper gut geht?
- Was tust du, wenn es dir nicht so gut geht?
- Was hilft dir, wenn du schlecht gelaunt bist oder eine Krise hast? Was kannst du selbst tun, damit deine Stimmung besser wird?

- Wie gut weißt du selbst, was dir guttut? Kümmerst du dich gut darum - hast du dabei gerne Unterstützung?
- Wie wichtig ist dir:
 - genug Schlaf
 - gesundes Essen
 - genug trinken
 - Entspannung und Rückzug
 - Bewegung und Sport